Rok XL. Kraków, 16 Lutego 1901. Nr. 7.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki okulistycznej Prof. Dr. Macheka Uniwersytetu lwowskiego.

Siderosis bulbi.

Spostrzeżenia kliniczne i anatomiczne, połączone z badaniem preparatów zapomocą odczynników mikrochemicznych na żelazo.

Podał

Dr. Adam Bednarski

I. asystent kliniki [1]).

Sprawa chorobowa, zwana *Siderosis bulbi* t. j. zmiany, wywołane działaniem chemicznem aseptycznych ciał obcych żelaznych lub stalowych, które dostały się do gałki ocznej, chociaż przez Bungego, Lebera, Hippla i innych została zbadana tak pod względem procesu chemicznego, jakoteż anatonomicznie, oraz określona co do swej istoty, przecież nie jest jeszcze zamkniętą, zwłaszcza pod względem klinicznym. Gdy bowiem n. p. z jednej strony mamy spostrzeżenia, że małe kawałki żelaza lub stali po krótkim czasie wywołują obraz „Siderosis bulbi“, to z drugiej strony, większe kawałki żelaza lub stali często dłuższy czas mogą pozostawać w gałce, nie wywierając swem działaniem chemicznem zgubnego wpływu. Co do umiejscowienia ciał obcych, wiadomo, że pod względem wpływu chemicznego na gałkę znaczna zachodzi różnica między ciałami obcemi, nie będącemi w styczności z ciałem szklanem, a więc ciałami znajdującemi się w rogówce, twardówce, w komorze przedniej, w tęczówce, soczewce, a temi ciałami obcemi, które przeszły przez ciało szklane i albo w niem pozostały, albo utkwiły w ścianach gałki, pozostając w mniejszym lub większym związku z ciałem szklanem. Również wiadomo, że otorbienie się ciał obcych, lub wytworzenie się na ich powierzchni nierozpuszczalnej rdzawej osłonki, utrudniającej rozpuszczenie się żelaza, zmniejszają jego działanie chemiczne. Tak jednak, jak wielkość i umiejscowienie, tak i otorbienie się lub wytworzenie się powłoki rdzawej nierozpuszczalnej, jakoteż i jakość żelaza, nie tłómaczą dostatecznie i całkowicie wszystkich przypadków. Zestawienie wielu odpowiednich przypadków, spostrzeganych klinicznie czas dłuższy, jakoteż badanie ich anatomiczne, może się tylko do zrozumienia sprawy „Siderosis bulbi“ przyczynić. Doświadczenia na zwierzętach, które mogą być wykonane czysto i bez powikłań, łatwiej tłómaczą nam istotę rzeczy; przebieg kliniczny jednak podobnych przypadków u ludzi często jest odmienny, chirurgiczne bowiem wprowadzenie aseptycznego kawałka żelaza, n. p. do ciała szklanego u zwierzęcia, nie jest tem samem, co dostanie się jego na drodze urazu do gałki ludzkiej. Sprawa ta jest ważną nie tylko pod względem naukowym, ale i czysto praktycznym, ze względu na rokowanie, jakoteż i leczenie, na zabieg operacyjny wydobycia tych ciał obcych, który jest zabiegiem bardzo poważnym, dającym często złe wyniki nawet w przypadkach świeżych i szczęśliwie pod względem technicznym operowanych.

Piśmiennictwo ostatnich lat jest coraz bogatsze w przypadki operacyjne wydobycia ciał obcych żelaznych lub stalowych z oka; tem donioślejsze znaczenie mają przypadki rzadsze dzisiaj, gdzie ciała obce, wywołujące „siderosis“, dłuższy czas w oku pozostawały; dlatego sądzę, że tych kilka moich przypadków zasługuje na ogłoszenie.

Przypadek I dotyczy tylko przebiegu klinicznego. Ciała obcego (żelaza), leżącego dziewięć miesięcy w ciele szklanem nie wyjmowano. »Siderosis« była wybitna w postaci rdzawych złogów na zaćmie miękkiej. Po wydobyciu zaćmy w 9 miesięcy po wypadku wystąpiła prawidłowa bystrość wzroku. Czas spostrzegania sięga przeszło dwa lata.

Dalsze trzy przypadki badano anatomicznie i mikrochemicznie.

Przypadek II dotyczy »Siderosis«, pochodzącej wyłącznie od żelaza (ksenogenetycznej), leżącego przez $3^1/_2$ miesiąca w gałce, wyjętej z powodu »iridocyclitis dolorosa,« po poprzedniem bezskutecznem usiłowaniu wydobycia żelaza z oka zapomocą elektromagnesu Hirschberga.

Przypadek III dotyczy »Siderosis« pochodzenia mięszanego, tak od ciała obcego żelaznego, znajdującego się w gałce od 2 lat, jakoteż od wynaczynień krwi, które w postaci skrzepów wypełniały całą przodkową komorę i w znacznej części wnętrze gałki. Ciała obcego nie wyjmowano, tylko od razu wyłuszczono gałkę z powodu bólów rzęskowych.

Przypadek IV dotyczy »Siderosis« pochodzącej czysto ze krwi (hematogenetycznej) gałki, którą wyjęto z powodu bolesnej »iridocyclitis« pooperacyjnej (po operacyi zaćmy bez irydektomii), przebiegającej z krwotokami.

Badania mikrochemiczne robiłem zapomocą żelazosinku potasu i kw. solnego, najpierw tak, jak to podaje Hippel [1]), a następnie według wskazówek Perlsa [2]). To ostatnie postępowanie dawało mi lepsze wyniki, odczyn bowiem występował szybciej i czyściej, bez strątów. Hippel bierze roczyn w równych częściach 10% roczynu żelazosinku potasu i kwasu solnego, chemicznie czystego; następnie rozrzedza go dość silnie wodą przekroploną i w tej mięszaninie trzyma skrawki przez 12—18 godzin. Rozrzedzałem po-

[1]) Rzecz częściowo wyłożona w sekcyi okulistycznej IX. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, wraz z przedstawieniem preparatów odczynu mikrochemicznego na żelazo.

[1]) E. v. Hippel: Ueber Siderosis bulbi und die Beziehungen zwischen siderotischer und hämatogener Pigmentierung. (Arch. Graefego T. 40).

[2]) M. Perls: Nachweis von Eisenoxyd in gewissen Pigmenten. (Arch. Virchowa T. 39).

wyższy rozczyn, zasadniczy Hippla w stosunku $^1/_{20}$—$^1/_{100}$. Co do rozlanego zabarwienia błękitnego, występującego przy tym rozczynie, to tylko wybitne rozlane błękitne zabarwienie uważałem za odpowiadające odczynowi na żelazo; bardzo lekkie bowiem rozlane zabarwienie błękitne może pochodzić od dłuższego trzymania skrawków w odczynniku zwłaszcza, jeżeli odczynnik nie świeżo przygotowany. Również przy reakcyi dłuższy czas trwającej tu i ówdzie występujące czasem wybitnie niebieskie strąty nie mają znaczenia, wskazują one tylko na tworzenie się kwasu żelazosinowodorowego *(Ferrocyanwasserstoffsaure)* przez rozkład żelazosinku potasowego (Perls). Na tle tego wybitnego rozlanego zabarwienia błękitnego występowało zawsze bardzo silne zabarwienie niebieskie, odnoszące się do komórek, a pochodzące od błękitu berlińskiego. We wszystkich przypadkach robiłem dla kontroli próby z kwasem solnym, jakoteż z wodą chlorową. Wiadomo bowiem, że na preparatach drobnowidowych „siderosis" przedstawia się jako brunatne ziarnka barwika, złożone w komórkach, które trudno odróżnić od ziarn barwika prawidłowego komórek barwikowych gałki; pod wpływem jednak wody chlorowej barwik prawidłowy gałki ocznej rozpuszcza się, ginie; zaś barwik pochodzący z żelaza nie zmienia się. Pod wpływem zaś działania 5% kwasu solnego barwik brunatny ginie, jeżeli pochodzi z żelaza; barwik zaś prawidłowy gałki, jakoteż barwik brunatny, pochodzący z krwi, nie ulegają zmianie (Hippel). Naturalnie woda chlorowa musi być świeżo przygotowana. Obok tego badałem niektóre skrawki zapomocą rodanku potasowego (rozczyn 1 : 19) i kwasu azotowego, przyczem występowała reakcya czerwona, jednak mniej wybitna, pochodząca od siarkosinku żelazowego.

Mays[1]) używał mięszaniny równych części kwasu solnego, który zawierał około 10% HCl i 5% rozczynu rodanku potasowego. Skrawki krajałem na 10μ—25μ, robiąc z każdej gałki kilkadziesiąt preparatów.

Historya choroby wspomnianych przypadków jest następująca:

Przypadek I. Salomon M. lat 24, ślusarz z Husiatyna, zgłosił się po raz pierwszy do ambulatoryum kliniki dn. 2 lutego 1899. Wywiady: przed 6-ciu miesiącami wpadł mu odprysk stalowy od nożyczek w oko prawe przy przecinaniu blachy żelaznej. Natychmiast poszedł do lekarza, który powiedział, że oku nic się nie stało. Oko nie bolało go zupełnie, widział jednak jak przez mgłę, która coraz więcej zasłaniała mu oko. V pr. 6/60 — 1.6/6 Mp. 1·50 D. Rozpoznanie: *Cicatrix corneae, ruptura iridis (fenestrum), ruptura capsulae lentis, cataracta traumatica, corpus ferreum, siderosis oc. dextr.* Oko całkiem blade. 25 maja 1899 chory zgłosił się powtórnie i został przyjętym do kliniki (Nr. 149 M. 1899) V. pr. ilość światła słabego i lokalizacya dobra. Pro. Oko blade, niebolesne. Na rogówce nieco poniżej południka poziomego w odległości 3 mm. od obrąbka blizna dostrzegalna tylko przy oświetleniu ogniskowem. W stosunku do okienka w tęczówce (przy źrenicy nierozszerzonej) leży $^1/_4$ mm. niżej i nieco bliżej środka rogówki. Przednia komora prawidłowo głęboka. Źrenica miernie szeroka, na światło oddziałuje dobrze. W południku poziomym wewnętrznego odcinka tęczówki, w środku jej szerokości okienko 1 mm. szerokie, 1·50 mm. wysokie, kształtu rombowego. Na torebce soczewkowej, tuż przy brzegu rozszerzonej źrenicy, gdzie okienko w tęczówce, widnieje pęknięcie kształtu półkola. Na soczewce pod torebką wieniec plam brunatnych, najwybitniejszych i największych dołem i wewnątrz, gdzie dochodzą do wielkości główki od szpilki, zaś górą wewnątrz bardzo lekko zaznaczone. Obok tego na środku soczewki złogi brunatne tworzą rysunek trójkąta z wypustkami. Soczewka całkowicie zaćmiona; nie pęczniejąca. Badanie wziernikiem: dno nie prześwieca. Lokalizacyi sideroskopem na razie oznaczyć nie mogliśmy. Sideroskop, właśnie zamówiony dla tylko co otwartej kliniki, był w drodze. Gdyby jednakże najdokładniej umiejscowienie ciała obcego było oznaczone, możnaby w tym przypadku mieć wątpliwości, czy należy je wydobyć elektromagnesem. Nie bylibyśmy się ani chwili wahali wydobyć ciało, gdyby przypadek był świeży, lecz odprysk pozostawał już od 9-ciu miesięcy w oku i należało przypuścić, że jeżeli nie tkwi w soczewce, to musi być otorbiony, albo wklinowany, a wreszcie nie ma, ani też nie było w przebiegu choroby zadrażnienia. Można było tedy sądzić, że pomimo „siderosis," należy ten przypadek do tych rzadkich, w których oko dobrze znosi aseptyczny, nie duży odprysk żelaza. Z drugiej strony musieliśmy chorego wykształconego uprzedzić, że gdyby się zdecydował na wydobycie ciała obcego elektromagnesem, a więc na radykalną operacyę, zabieg może być bezowocny wobec długiego czasu, który minął od chwili dostania się żelaza do oka; a kiedy chory zgodzić się nie chciał na niepewną operacyę wydobycia ciała obcego, prof. Machek postanowił poprzednio wydobyć soczewkę. U człowieka młodego w oku bez zadrażnienia zabieg ten nie jest niebezpieczny. Wobec dobrej lokalizacyi i poczucia światła musiało przywrócenie wzroku nastąpić. Liczono się nadto z tą możebnością, że ciało obce może tkwić w zaćmie i możnaby je wraz z nią wydobyć, co się nie sprawdziło; wreszcie po wydobyciu soczewki mogło się zdarzyć, że wziernikiem można będzie oznaczyć umiejscowienie. Dalszy przebieg i wynik operacyjny wykazał, że nie postąpiono niewłaściwie. 31 maja r. 1899 *Extractio cataractae mollis peripherica lobaris modificata oc. dextr.* Wyrwano prawie całą przednią torebkę soczewki pincetą wraz ze złogami brunatnymi, które można było stwierdzić lupą. Jądra twardego nie było. Przy ucisku łyżeczką Daviela wyszła tylko część zaćmy, poczem pokazał się czarny otwór w środku źrenicy, więc z obawy wypływu ciała szklanego resztek dalej nie wyciskano.

4 czerwca 1899. Źrenica szeroka, prawie cała zasłonięta pęczniejącemi resztkami, na nich od dołu 5 rdzawo-brunatnych plam, wielkości małej główki od szpilki, ułożonych powierzchownie w półkole. Oko niezadrażnione. Na drugi dzień, obok powierzchownych plam rdzawych, widać jedną, umieszczoną w głębi resztek pęczniejących.

10 czerwca 1899. Przez okienko w tęczówce widać plamę brunatną na pęczniejących resztkach; źrenica szeroka, resztki pęczniejące wystają do przedniej komórki jako rzadkie kłaczki, górą źrenicy czarny otwór, przez który przy wziernikowaniu prześwieca dno różowo. T = n.

14 czerwca 1899. V pr. palce 1 m. Wieniec brunatny, więcej rdzawy.

28 czerwca 1899 V pr. palce: 1·50 m $^6/_{36}$ c + $11_{,0}$ D $^6/_{18}$ c + $11_{,0}$ ⌒ cyl + $2_{,0}$ 90°.

Badanie sideroskopem (który właśnie nadszedł) (rurki węższe, czulsze ustawienie igiełki) daje wychylenie widoczne gołem okiem dołem i wewnątrz w odległości 8 mm. od obrąbka najwybitniejsze. Lupą wychylenie w tem miejscu dochodzi do 60°. W otoczeniu wychylenia szybko słabną. Ciało więc obce leżeć musiało tuż za ciałem rzęskowem na ścianie gałki w ciele szklanym, lub też wbite w ściany gałki.

Próba włóczkowa Holmgrena: pr. o. kolor czerwony, zielony, niebieski rozróżnia dobrze

Wziernikiem dno widać dość dobrze, prawidłowe.

28 czerwca 1899. Powtórne badanie sideroskopem z wynikiem, jak wczoraj. Chory opuszcza klinikę.

23 września 1899. Chory zgłosił się powtórnie do kliniki.

W czasie pobytu w domu oko nigdy nie bolało. V pr. $^6/_{12}$ (—1) c + $12_{,0}$ D $^6/_{12}$ c + $12_{,0}$ ⌒ cyl + $1_{,0}$ 75 temp. l. $^6/_{18}$ $^6/_6$ c — 1·50 D.

Pr. o. spojówka blada; źrenica miernie szeroka, po homatropinie dobrze się rozszerza. Dołem cienka zaćma drugorzędna, przeświecająca, śladów „siderosis" na niej nie widać. Wziernikiem: ciało szklane czyste, dno prawidłowe, ciała obcego nigdzie nie widać; ścieśnienia pola widzenia niema; badanie sideroskopem z wynikiem, jak dawniej.

14 czerca 1900. Na zapytanie listowne chory odpowiada, że bólów niema, oko się nie czerwieni, i że widzi tem okiem nawet lepiej, niż po wyjściu z kliniki.

28 paźdz. 1900. Na zapytanie listowne chory odpowiada, że bólów w oku nie ma, oko się nie czerwieni, wzrok nie zmienił się od czasu

[1]) Mays: Ueber den Eisengehalt des Fuscins. (Arch. Graefe'go T. 39).

opuszczenia kliniki, wieczorami widzi równie dobrze, jak we dnie, przed okiem nie latają mgły.

Czas więc spostrzegań a. doliczając dowiadywania się listowne, wynosi przeszło dwa lata od wpadnięcia ciała obcego (C. d. n.).

II. O enterokoku, jako zarazku czerwonkowym.

Podał

Dr. Ksawery Lewkowicz.

(Według wykładu z demonstracyami na posiedzeniu Tow. lek. krak. dnia 5 grudnia 1900).

(Dokończenie).

Doświadczenia na świnkach morskich, względnie bardzo odpornych przeciw zakażeniu paciorkowcowemu i pneumokokowemu, bądźcobądź wykazały znaczną sprawność enterokoka w wywoływaniu miejscowych spraw zapalnych. Trzeba było jednak użyć dość znacznych dawek, 1—3 ctm³ hodowli surowiczo-bulionowej. Przy szczepieniu podskórnem w okolicy brzucha otrzymuje się niekiedy ropnie z ropą, niczem się nieróżniącą od zwykłej, gęstą, śmietankowatą, zawierającą znaczną ilość ciałek ropnych i enterokoka, przybierającego postać zwykłego bezotoczkowego paciorkowca w łańcuszkach, zawartych częściowo w ciałkach ropnych i złożonych z dwójek, w których dwa osobniki przylegają do siebie powierzchniami przypłaszczonemi. Tak się przedstawiała ropa, wydostana zapomocą strzykawki w jednym przypadku w siedem dni po szczepieniu. W tymsamym jednak ropniu, w 17 dni po szczepieniu, stwierdzono znowu obecność łańcuszków z otoczkami, choć niezbyt wybitnemi. W innych przypadkach ropień, wytworzony w miejscu szczepienia, jest bardzo mały, ale sprawa przenosi się na otrzewnę. Naturalnie po szczepieniu śródotrzewnowem także może powstać zapalenie otrzewnej, co sprowadza śmierć zwierzęcia w przeciągu 5—17 dni. Bez rozwinięcia się zapalenia otrzewnej nie stwierdzono nigdy śmierci u świnki. Obraz zwierzęcia padłego jest dość znamienny. Otrzewna jest nastrzykana, przyćmiona i gdzieniegdzie, zwłaszcza przy dłuższem trwaniu sprawy, pokryta cienkimi nalotami włóknikowymi. Zaś u samców na jądrach, których wypustka pochwowa otrzewnej łączy się stale z jamą otrzewnową, znajdujemy zawsze grube, prawie błonicze, naloty ropiasto-włóknikowe. Jama otrzewnowa wypełniona jest zwykle znaczną ilością treści brudnej, śluzowo-ropnej, ciągnącej się w nitki. Wszędzie w wypocinie olbrzymie ilości dwoinek i łańcuszków otoczkowych, ale częściowo także bezotoczkowych. Śledziona miękka, krew okazuje mierną posocznicę.

Doświadczenia porównawcze, zresztą nieliczne, wykonane na świnkach z pomocą hodowli pneumokokowych, wykazały, że hodowla surowiczo-bulionowa stosunkowo jadowitego pneumoka zabijała zwierzęta w ilości 1—3 ctm³ w przeciągu 12 godzin, bez względu na miejsce wstrzyknięcia. Obudza to podejrzenie, że główną przyczyną śmierci jest tu zatrucie jadami, chociaż niewątpliwie stwierdzono także zmiany miejscowe i mierną posocznicę. Stosowanie słabszych hodowli w ilości 1 ctm³ nie wywołało żadnych skutków.

Na mniej wrażliwych zwierzętach, królikach, a jeszcze lepiej świnkach morskich, można zauważyć zjawisko znamienne, które u myszek występuje tylko przy zastosowaniu osłabionych hodowli (p. w.). Mianowicie co do wysięku, występującego w miejscu szczepienia, zauważyć można, zależnie od stopnia odporności zwierzęcia i jadowitości hodowli, mniejszy, lub większy wzrost liczb, oznaczających stosunek łańcuszków do dwoinek, i stosunek ziarniaków z niewyraźną otoczką, lub bezotoczkowych, do otoczkowych. Liczby te maleją zaś odnośnie do ognisk dalszych i do krwi. Dodać należy, że wysięk w wspomnianych warunkach ma więcej wejrzenie ropnego, zawiera znaczną ilość ciałek ropnych, pojawiających się w typowych śluzowych wysiękach tylko pojedynczo (p. fotogram 6), i często można w nim stwierdzić zjawisko fagocytozy.

Wytwarzanie jakiejś istoty śluzowatej, która nadaje wysiękowi enterokokowemu tak cechujące wejrzenie, należy przypisać samym bakteryom, i wprowadzić w związek przyczynowy z obecnością u nich niezwykle wybitnych otoczek. Wobec tego byłoby możliwem, że i śluzowy charakter stolca czerwonkowego zależy tylko w części od wytwarzania śluzu przez nabłonek kiszkowy, i że w pewnej mierze udział w wytwarzaniu tem należy przyznać i samym zarazkom.

Użyto do doświadczeń także i kotów, które podobno mogą zapadać samoistnie na czerwonkę. Szczepiono w jednym przypadku zapomocą większej strzykawki i cewnika Nélatonowskiego hodowlę surowiczo-bulionową do odbytnicy. Wynik był zupełnie ujemny. Ale u tego kota także szczepienie śródotrzewnowe, jak już wyżej wspomniałem, było bezskuteczne.

Drugiemu kotowi wszczepiono zapomocą gładkiego pręcika szklannego do odbytnicy w małej ilości krew myszki padłej, i zdawało się, że wynik jest dodatni. Stwierdzono rozpulchnienie i zaczerwienienie okolicy odbytu, jakoteż oddawanie stolców wodnistych, z przymieszką śluzu. Jednak badanie zwierzęcia, zabitego chloroformem, wykazało tylko nieznaczny nieżyt kiszek cienkich, i to prawdopodobnie na podstawie obecności tasiemca. Doświadczenie jest jednak o tyle pouczające, że kilkakrotnie badano stolce, a pośmiertnie także wycinki z jelit na obecność enterokoka, zawsze z wynikiem ujemnym. Do badań użyto także szczepień stolca i wycinków myszkom podskórnie, i mimo, że wynik zwykłych hodowli co do obecności paciorkowców był ujemny, w ten sposób otrzymano paciorkowce, znajdujące się widocznie przypadkowo w kale, mianowicie raz w krwi z serca myszki, rodzaj chorobotwórczy dla myszki i królika, rosnący w długich łańcuszkach, a odznaczający się częstem tworzeniem czwórek (tetrad), a na tej drodze pseudodichotomicznych rozgałęzień łańcuszka, drugim razem we krwi z serca myszki obok innych bakteryj paciorkowca, w przeciwieństwie do zwykłego, mącącego jednostajnie bulion surowiczy z wytworzeniem małego osadu, a dla myszki i królika nie chorobotwórczego.

Okazuje się z tego, że szczepienie podskórne myszkom stolca, jak na to zresztą już dawno zwrócił uwagę Escherich[14], może posłużyć do otrzymania znajdujących się w nim paciorkowców we krwi serca padłego zwierzęcia w stanie czystym, lub przynajmniej znacznie oczyszczonym, nawet gdy chodzi o rodzaje dla myszki, niebardzo chorobotwórcze. Tem pewniej musi ten sposób posłużyć do łatwego i pewnego stwierdzenia enterokoka i do otrzymania go w stanie czystym. Czy do tego samego celu będzie można używać i królika, jak się go używa do otrzymania pneumokoka, wydać się musi wątpliwem.

Zwykłe sposoby hodowlane, choćby szczepienie, jak u nas na agarze, polanym surowicą ludzką, nie mogą być uważane za pewne, chyba że chodzi o przypadki czyste. W każdym razie należy się liczyć z tem, że pierwsze osady są bardzo cienkie, nieściśle odgraniczone i przeźroczyste i że bardzo łatwo je przeoczyć.

Co do przeprowadzenia doświadczeń na zwierzętach, to muszę jeszcze nadmienić, że przystępowano do nich po 8 do 10ciodniowem hodowaniu na sztucznych pożywkach. Następnie jednak jeden pień stale prowadzono przez zwierzęta tak, że zarazek, nawet gdyby był osłabiony sztucznem hodowaniem, musiałby był szybko wrócić do dawnej siły.

Ogółem biorąc, z doświadczeń na zwierzętach okazuje się, że enterokok wyposażony jest znaczną sprawnością w wywoływaniu miejscowych spraw zapalnych, podczas gdy jego zdolności w wywoływaniu ogólnej posocznicy i w wytwarzaniu istot trujących są bardzo małe. Nie potrzebuję podnosić, że się to zgadza wybornie z obrazem klinicznym czerwonki, z przewagą w niej objawów miejscowych nad ogólnymi.

Zakończenie. Sądzę, że opisane powyżej cechy odróżniające, odnoszące się zarówno do znamion postaciowych, jak do zachowania się hodowli i do chorobotwórczości w doświadczeniach na zwierzęciu, chociaż niezbyt głębokie, dostatecznie usprawiedliwiają oddzielenie enterokoka od pneumokoka, i uważanie go za osobny rodzaj dwoinki lancetowatej.

Za znaczeniem etyologicznem enterokoka w powstawaniu czerwonki przemawiałyby następujące względy:

1) Stała obecność w przypadkach samoistnej epidemicznej czerwonki. Mój materyał jest wprawdzie dla poparcia tego twierdzenia niewystarczający, ale należy do niego dołączyć 16 przypadków Ciechanowskiego i Nowaka[3]) zbadanych klinicznie, bakteryologicznie i histologicznie. Wszystkim tym przypadkom, podobnie jak moim, był wspólny tylko jeden rodzaj drobnoustrojów, mianowicie ziarniaki, występujące w krótkich łańcuszkach i widocznie bardzo trudno dające się hodować, gdyż autorom nie udało się otrzymać czystych hodowli. Ztąd też nie mogli autorzy stwierdzić ich chorobotwórczych własności w doświadczeniach na zwierzętach, i dlatego o ich znaczeniu etyologicznem wyrażają się bardzo ostrożnie

2) Obecność w dwóch przypadkach w stolcu prawie w czystej hodowli, a w każdym razie w znacznej przewadze.

3) Obecność w przypadkach czerwonki ognisk przerzutowych, polegających na zakażeniu enterokokiem, jak n. p. zapalenie opon.

4) Własności drobnoustroju samego, świadczące o prowadzeniu życia wyłącznie pasorzytniczego, jak trudność hodowania, szybkie obumieranie hodowli, zmniejszenie się własności chorobotwórczych przy sztucznem hodowaniu, wzrost tylko na pożywkach, zawierających soki ustroju zwierzęcego, wzrost jedynie w ciepłocie, zbliżonej do ciepłoty ciała.

5) Blizkie pokrewieństwo z rodzajami tak wybitnie pasorzytniczymi, jak pneumokok i paciorkowiec ropotwórczy, których znaczenie w wywoływaniu zapaleń włóknikowo-błoniczych rozmaitych błon śluzowych nie ulega przecie żadnej wątpliwości.

6) Znaczna chorobotwórczość dla niektórych zwierząt.

7) Przewaga sprawności w wywoływaniu miejscowych spraw zapalnych, nie zaś posocznicy lub zatrucia.

Że enterokok był przyczyną wywołującą w moich przypadkach, to nie może ulegać wątpliwości. Tosamo z pewnem prawdopodobieństwem można twierdzić o 16 przypadkach Ciechanowskiego i Nowaka. Czy jednak samoistna czerwonka epidemiczna jest pojęciem jednolitem, a mianowicie, czy także czerwonka podzwrotnikowa znajdzie w niem pomieszczenie, jakby się to mogło wydawać z niektórych spostrzeżeń, a szczególniej Krusego i Pasqualea[12]), o tem mogą nas pouczyć jedynie dalsze badania.

Piśmiennictwo: 1) Brudziński: Przyczynek dalszy do etyologii dyzenteryi. »Przegl. lek.« 1899 Nr. 44. 2) Janowski: O etyologii dyzenteryi »Gazeta lekar.« 1896 Nr. 35—40 i Zur Aetiologie der Dysenterie. »Centralbl. f. Bakt« 1897 t. XXI. str. 88. 3) Ciechanowski i Nowak: Przyczynek do badań nad etyologią dyzenteryi. „Pam. Tow. lek. warsz." 1897 t. XCIII str. 853 i Zur Aetologie der Dysenterie. „Centralbl. f. Bakt." 1898 tom XXIII. str 445. 4) Celli: Eziologia della dissenteria ne' suoi raporti col B coli e colle sue tossine „Annali d'igiene sperim Vol. VI. 1896 p. 204, Referat „Centr. f. Bakt" 1897 t. XXI. str. 810. 5) Escherich: Zur Aetiologie der Dysenterie „Centrbl. f. Bakt." 1899 t XXVI str. 385 6) Shiga: Ueber den Dysenterie bacillus „Centrbl. f Bakt" 1898 t. XXVI. str. 817. 7) Celli i Valenti: Nochmals über die Aetiologie der Dysenterie. „Centrbl. f. Bakt." 1899 tom XXV str. 481. 8) Kruse: O czerwonce, jako chorobie pospolnej i jej przyczynie. „Dtsch. med. Woch" 1900 Nr. 40 Ref. „Przegl. lek," 1900 Nr. 42. 9) Besser: Experimenteller Beitrag zur Kenntniss der Ruhr. Inaug. Dissert. Dorpat 1884. 10) Zancarol: „Revue de chirurgie" tom XIII 1893 Nr. 8 11) Kruse und Pasquale: Eine Expedition nach Egipten zum Studium der Dysenterie und des Leberabsecesses. „Dtsch. med. Woch" 1893 Nr. 15 i 16. 12) Kruse und Pasquale: Untersuchungen über Dysenterie und Leberabscess „Zeitschr. f Hygiene" 1894 tom XVI str. 1 13) Escherich: Ueber Streptokokken enteritis im Säuglingsalter. „Jahrb. f. Kinderh." 1899 tom XLIX str. 137. 14) Lewkowicz: O etyologii zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych i znaczeniu rozpoznawczem nakłócia lędźwiowego „Przegl. lek." 1900 Nr. 48—52. 15) Foà: Ueber die Infection durch den Diplococcus lanceolatus. „Zeitschr. f. Hygiene" 1893 t. XV. str. 369.

* * *

III. Z zakładu ortopedycznego Dra Maksymiliana Haudeka w Wiedniu.

O wskazaniach leczniczych zapomocą operacyj i przyrządów ortopedycznych.

Podał

Dr. Maksymilian Haudek

(Dokończenie).

Do często pojawiających się zniekształtnień należy wrodzone zwichnięcie stawu biodrowego. Badali je najszczegółowiej Hoffa i Lorenz. Na podstawie badań tych specyalistów wykonujemy u dzieci z jednostronnem zwichnięciem aż do 8—10 roku życia, z obustronnem zaś do 6—7 roku życia, repozycyę niekrwawą. U osobników starszych z jednostronnem zwichnięciem aż do 12—15 roku życia, z obustronnem zaś aż do 9—10 roku, możliwą jest tylko repozycya na drodze krwawej. Po za temi granicami zabiegi chirurgiczne mogą być tylko wyjątkowo uwieńczone pomyślnym wynikiem. W tych przypadkach ze względów kosmetycznych polecamy noszenie odpowiedniej sznurówki lub przyrządu szynowego.

Przy Coxa vara leczenie jest czysto mechaniczne (spokój, stałe wyciąganie, względnie w przyrządzie Hessinga (mięsienie) wyjątkowo tylko w przypadkach silnego skrzywienia górnego końca kości udowej zastosowujemy osteotomię.

W leczeniu zniekształtnienia porażnego zmuszeni jesteśmy poprzestać na założeniu odpowiedniego przyrządu.

W stawie kolanowym należy zwracać uwagę na przykurczenia i stężenia po sprawach zapalnych. Jeżeli po ustąpieniu zapalenia wytworzyło się przykurczenie lub stężenie stawu w stanie wyprężonym kończyny, to w razie podejrzywania sprawy gruźliczej lub jeżeli idzie o osobnika wątłego o wejrzeniu limfatycznem, należy poprzestać tylko na zabiegach mechanicznych. Przez gwałtowne wyprostowanie przykurczenia narażamy chorego na niebezpieczeństwo gruźlicy prosówkowej, ostrego zropienia stawu lub zatoru tłuszczowego.

I tu znakomite usługi oddają przyrządy szynowe Hessinga. Posługujemy się zwykle przyrządem, obejmującym stopę, podudzie i udo, który w sprawach zapalnych usuwa obciążanie. Wyprostowanie przykurczenia wykonuje tu silna sprężyna stalowa, która zapomocą rzemienia da się przyciągać do kończyny, którą swoją sprężystością zwolna prostuje. Jeżeli przykurczenie wikła się z niezwykłem zwichnięciem kości ku tyłowi, wtedy używamy sztucznego stawu Braatza. Przyrządu tego możemy przy odpowiedniej modyfikacyi użyć także do usunięcia stężenia stawu w stanie wyprężonym kończyny.

Jeżeli sprawa zapalna ustąpiła, a gruźlica da się stanowczo wykluczyć, wtedy możemy, jeżeli środki mechaniczne nie wystarczają, uciec się do środków chirurgicznych. Zastosowujemy tu wyprostowanie gwałtowne, czyli właściwie złamanie. Często z tym zabiegiem musi być połączone przecięcie silnie skurczonych części miękich, mięśni lub ścięgien, a czasem zachodzi potrzeba wydlutowania rzepki. Stężenie pod kątem, jeżeli występuje na tle urazu lub gośćca, usuwa się przy pomocy osteoklazy nadkłykciowej podług Olliera. W innych przypadkach zastosowuje się osteotomię liniową skośną o. podług Königa, klinową lub łukową resekcyę, lub wśród pewnych wskazań (*Tbc*) typową resekcyę stawu.

Przy zniekształtnieniach poraźnych poprzestajemy na wyżej opisanych przyrządach. Przy stawie rozluźnionym wysokiego stopnia posługujemy się artrodezą.

Kolano szpotawe i kolano koślawe (*genu varum i valgum*) leczymy w pierwszych latach istnienia przyrządami. W cierpieniu wysokiego stopnia i jeżeli chory przekroczył wiek 8—10 lat, może być mowa tylko o operacyi. Wiek pacyenta i tu jest wskazaniem, jakiej metody należy użyć, niekrwawego wyprostowania, lub osteoklazy, czy też osteotomii. U osobników młodych (15—18 lat) zastosowujemy wyprostowanie gwałtowne w uśpieniu lub używamy osteoklastu wyprostowującego Lorenza, lub wykonywamy stopniowe wyprostowanie podług Wolffa. Do lat 15—22 zdołamy usunąć zniekształtnienie przy pomocy osteotomii nadkłykciowej podług Mac-Evena, względnie osteotomii podług Schedego.

Leczenie kolana skrzywionego (*Genu recurvatum*) na tle zapalnem lub przy artropatyi, zależnej od wiądu rdzenia, polega zwykle na założenie przyrządu.

Praktyczn znaczenie mającemi zniekształtnieniami podudzia są skrzywienia jego krzywicze. Tylko przy skrzywieniach wysokiego stopnia w pierwszych latach życia zastosowujemy przyrządy lub osteoklazę, bądźto ręczną, bądź przy pomocy osteoklastu. Przy bardzo twardych kościach wykonujemy osteotomię i to albo liniową, albo klinową, albo skośną, stosownie do stopnia skrzywienia.

Jednem z częstszych zniekształtnień stopy jest stopa płaska. Wystarczają tu prawie zawsze środki mechaniczne, jak wyprostowanie, mięsienie, odpowiedne ćwiczenia gimnastyczne i wkładki do obuwia. Wybór tych ostatnich jest nader ważny. Najlepsze są wkładki stalowe, które nie zmieniając swego kształtu stale pełnią swe zadanie.

Tylko w ciężkich przypadkach ustalonej stopy płaskiej staje się koniecznym zabieg chirurgiczny; w takim razie w uśpieniu wykonuje się uruchomienie i naprostowanie, względnie achilotenotomia i ustalenie stopy co najwyżej przez 3 tygodnie w opatrunku gipsowym.

W najcięższych przypadkach wykonuje się osteotomię ponad stawem skokowym podług Trendelenburga i Hahna, albo skośne przecięcie kości piętowej podług Gleuba.

Przy wrodzonej stopie szpotawej w przypadkach świeżych i lekkiego stopnia otrzymujemy dobre wyniki bez energicznych zabiegów. Codzienne wyprostowanie, następnie założenie odpowiednich przyrządów, doprowadzają zwykle do trwałego poprawienia stopy szpotawej. W przypadkach atoli cięższych już w pierwszych miesiącach życia zabieg chirurgiczny staje się konieczny. Jedynym używanym zabiegiem jest naprostowanie, podane najpierw przez Königa. Lorenz je zmodyfikował nieco i obecnie używamy tej metody jako „redressement modelującego,“ z dobrymi wynikami, nawet w najcięższych przypadkach. Nie używa się przytem siły ręki, lecz osteoklastu, najlepiej osteoklastu wyprostnego Lorenza. Zwykle kombinuje się tutaj wyprostowanie z tenotomią ścięgna Achilesa. Wskutek tej metody, licznie dawniej wykonywane operacye na kościu stopy stały się zbyteczne.

Krwawe zabiegi jeszcze tu i ówdzie wykonywane bywają: przecięcie części miękich w ranie otwartej na wewnętrznym łuku stopowym, klinowa resekcya z *tarsus* i wyłuszczenie kości skokowej, używają się tylko w najcięższych przypadkach.

Przy stopie końskiej u dzieci wystarcza zabieg ortopedyczny, a mianowicie mięsienie i założenie przyrządu szynowego. W cięższych przypadkach uciekamy się do wyprostowania gwałtownego, a tylko w najcięższych — do operacyi na kości.

I w innych zniekształtnieniach stopy, jak np. w stopie piętowej itd. wystarcza po największej części terapia ortopedyczna.

Przy paluchu koślawym i palcach młotkowatych wystarcza zwykle przybandażowanie zniekształtnionego palca do listewki, sięgającej do połowy stopy. Chirurgicznie można usunąć paluch koślawy zapomocą resekcyi klinowej z główki kości śródstopia; przy palcach młotkowatych przecięcia w ranie otwartej wszystkich części miękich po stronie podeszwowej.

Zniekształtnienia kończyny górnej, mające znaczenie praktyczne, są: rozluźniony poraźny staw barkowy; dawniejsza terapia nie przedstawiała tu żadnych widoków, obecnie jednak doprowadza prawie zawsze do polepszenia, albo nawet do wyleczenia. Głównie zależy tu na przywróceniu częściom składowym stawu prawidłowego położenia i zniesienia obciążenia zanikających mięśni porażonych. Mięsienie, gimnastyka, prąd elektryczny, dążące do wzmocnienia mięśni, są nader skuteczne. Najlepszym środkiem do usu-

nięcia tego cierpienia jest bandaż Schüsslera, składający się z pierścienia barkowego i trzech poduszek gumowych, z których największa jest umieszczona w pasze, dwie zaś mniejsze z przodu i z tyłu barku. Nadęte powietrzem, podnoszą ramię w górę i przyciskają je do panewki. Jeżeli środki ortopedyczne nie wystarczają, wtedy jako ostatnia ucieczka pozostaje nam „arthrodesis" stawu barkowego, przy której odświeża się części chrząstkowe, torebkę stawową w znacznej części usuwa i zapomocą drutu srebrnego umocowuje główkę k. barkowej do panewki.

Przy przykurczeniach i stężeniach stawu barkowego wystarcza prawie zawsze leczenie ortopedyczne. Wymaga ono długiego czasu i wielkiej cierpliwości; użycie przyrządów jest tu konieczne (najlepsze Reibmayera i Hoffy). Tylko w bardzo ciężkich przypadkach, zwłaszcza w gruźlicy stawu, wykonujemy resekcyę.

Także i przykurczenia i zrosty tkankołączne stawu łokciowego dadzą się usunąć drogą ortopedyi, przez założenie odpowiedniego przyrządu. Stężenia pod kątem prostym najlepiej jest pozostawić tak, jak są, albowiem w tem ułożeniu są one najmniej dla pacyenta przykre. Zrosty pod kątem rozwartym lub 180° wymagają leczenia, albowiem kończyna wtedy nie daje się użyć. Przy zroście włóknistym, lub włóknisto-chrzęstnym, ze szczątkową ruchomością stawu, wyprostowanie daje się z łatwością przeprowadzić, a nawet można osiągnąć zupełne wyleczenie, tylko jest to metoda długotrwała i bolesna. Te same wyniki osiągamy przez „arthrolysis", czyli „arthrotomię" podług J. Wolffa. Polega ona na tem, że przecinamy włókniste sznury lub kostne połączenia, stężające stawy. Wreszcie możemy wykonać resekcyę stawu.

W przypadkach przykurczeń stawu nadgarstkowego i palców wystarcza po największej części leczenie ortopedyczne z mięsieniem, gimnastyką i odpowiednimi przyrządami. Przy zrostach włóknistych stawu nadgarstkowego wykonujemy łamanie, przy kostnych resekcyę stawu z silnem zgięciem ku dłoni. Przy przykurczeniach palców Dupuytrena zabieg chirurgiczny jest prawie zawsze konieczny. Plastyka powięzi i wyjęcie rozciągna dłoniowego są najzwyklejszymi zabiegami. Przy przykurczeniach kurczowych (spastycznych) palców wystarczają zupełnie zabiegi czysto ortopedyczne.

Wreszcie przystępujemy jeszcze do jednej gromady zniekształtnień, t. zw. porażnych. Dawniejsze metody były tu bezsilne, gdy tymczasem teraz możemy na tem polu święcić tryumfy. Nietylko przez założenie przyrządów możemy powrócić pacyentom do pewnego stopnia władzę w chorej kończynie, ale przez zabiegi chirurgiczne wywołać funkcyę w porażonym mięśniu.

Ortopedyczne przyrządy, tutaj używane, są szynowe, w których przez odpowiednio umieszczone sprężyny dajemy choremu możność używania porażonej kończyny. Naturalnie nie możemy tu poprzestać tylko na założeniu przyrządu, lecz zalecić należy jednocześnie odpowiednie mięsienie, gimnastykę, elektryzowanie.

W przypadkach, w których porażenie ogranicza się na mniejsze przestrzenie, a poprzednie metody zawiodły, używamy zabiegu chirurgicznego, t. zw. „tendoplastyki". Zadaniem jej jest stałe przywrócenie władzy w kończynie porażonej. Istota „tendoplastyki", podanej początkowo przez Nicoladoniego, a wydoskonalonej przez Drobnika i Frankego, polega na tem, że łącząc ściągno mięśnia niedowładnego ze ścięgnem mięśnia zdrowego, przysparzamy mięśniowi porażonemu drogą uboczną nowej siły. Równocześnie staramy się przez skrócenie lub przydłużenie ścięgna lub też przez zwykłą tenotomię doprowadzić funkcye do stanu prawidłowego.

Operacye te wykonujemy najczęściej przy zniekształtnieniach, pozostałych po rdzeniowem porażeniu dziecięcem; używamy ich również po innych porażeniach ze skutkiem pomyślnym.

Przed wykonaniem operacyi musimy się dokładnie przekonać zapomocą elektryczności, które mięśnie są zdrowe, które osłabione, a które porażone. Dla operacyi ważne są tylko te mięśnie, które uległy całkiem porażeniu, albowiem okazało się, że tylko osłabione mogą z czasem odzyskać władzę.

Plastyka ścięgien, czyli transplantacya, może być wykonana dwojakim sposobem. Albo w ten sposób, że mięsień porażony przecina się zupełnie i ściągno przyszywa się do ścięgna mięśnia zdrowego, albo też w ten sposób, że od zachowanego mięśnia oddziela się część ścięgna i łączy się z ściągnem mięśnia porażonego.

Z transplantacyą ścięgna łączy się zazwyczaj jego wydłużenie lub skrócenie. Pierwsze można uzyskać albo przez zwykłą tenotomię, albo przez to, że nacinamy w odpowiedniej odległości ścięgno z przeciwnych stron ku środkowi i przesuwamy obie części po sobie. Dla skrócenia ścięgna wycinamy odpowiedni kawałek ścięgna i zszywamy końce ze sobą.

Przed wykonaniem transplantacyi ścięgna wykonujemy przy zniekształtnieniach porażnych (porażna noga koślawa, szpotawa) t. zw. redressement modelujące.

Po operacyi ustalamy kończynę w opatrunku gipsowym, który przy osłabionym m. czterogłowym powinien sięgać powyżej kolana. Po upływie 4—8 tygodni pozostawania w opatrunku zaczyna się leczenie następowe; rzeczą nader ważną jest skrupulatne jego przeprowadzenie, albowiem ma ono największy wpływ na wynik całego leczenia. Polega zaś na mięsieniu i elektryzowaniu, jakoteż na wykonywaniu ćwiczeń czynnych.

Sądzę, iż dość wyraźnie wykazałem, w jakich warunkach ma być zastósowane leczenie ściśle operacyjne, a kiedy zapomocą tylko przyrządów, chociaż wyznać należy, że rozdzielanie tych obu metod jest niemożliwe, albowiem wielokrotnie nawzajem się one uzupełniają. W każdym jednak razie możemy, dzięki badaniom, poczynionym w najnowszej ortopedyi, w wielu przypadkach, które dawniej opierały się leczeniu zapomocą przyrządów, przyjść w pomoc zabiegiem chirurgicznym, podczas gdy z drugiej strony i technika ortopedyczna doszła do takiej doskonałości, że cały szereg ciężkich przypadków ortopedycznych przy jej pomocy możemy wyleczyć. Dopiero wtedy możemy się spodziewać skutecznej działalności ortopedysty jeżeli posiadać będzie w równej mierze technikę chirurgiczną i technikę ortopedyczną.

IV. *Wnioski, zmierzające do zapobiegania głuchoniemocie, podał Dr. Rafał Spira.*

(Ciąg dalszy).

Drugą, więcej pośrednią, a bardzo ważną przyczynę nabytej głuchoty stanowią sprawy chorobowe w górnych odcinkach dróg oddechowych. Szczególnie jedna z nich odznacza się swoim wpływem zgubnym i to nietylko na ucho, ale i na fizyczne i umysłowe rozwinięcie się dziecka chorego; mamy na myśli przerosłe migdałki gardzielowe. Dzieci, tem cierpieniem dotknięte, uderzają w oczy często już samem swojem wejrzeniem, mając przeważnie usta rozwarte, przez które oddychają. Bezpośredniem następstwem tej choroby są nieżyty nosa i gardła, niedrożność nosa, niespokojny sen, chrapanie, suchość w gardle. W dalszem następstwie przyłączają się: mowa nosowa, bezdźwięczna, ból głowy, upośledzenie łaknienia i trawienia, wreszcie wskutek wadliwego odżywienia występuje niedokrewność i lichy stan ogólny zdrowia. Później następują zaburzenia w rozwoju fizycznym, nos wązki, podniebienie wysokie, szczęki ciasne, klatka piersiowa płaska, budowa ciała licha, bladość skóry i t. p., — a następnie i umysłowym, niezdolność skupienia uwagi na jeden przedmiot, apatyczność, lenistwo w myśleniu, aż do idyotyzmu (*Aprosexia nosalis*). Do tych następstw więcej bezpośrednich przyłączają się nieraz skutki dalsze, mianowicie różne nerwice odruchowe, wywołane przez chorobliwe bodźce w jamie nosowo-połykowej, jak kaszel, kichanie napadowe, skurcz głośni, bełkocząca mowa, napady padaczkowe, pląsawica, lęk nocny, bezwiedne moczenie nocne i inne. Najczęściej i najdobitniej odbijają się skutki tego cierpienia na narządzie usznym. Według Klemperera najmniej 5% wszystkich dzieci cierpi na te gruczołowate wyrośle w gardzieli. Poszukiwania wykazały, że wybujałości te są w 74% przypadków przyczyną zaburzenia słuchu. Takie dzieci mogą nieraz długi czas, a nawet zawsze, uchodzić za umysłowo niezdolne i upośledzone, a dopiero dokładne badanie może odkryć w rozrosłych wyroślach gruczołowatych w jamie nosowo-gardzielowej właściwą przyczynę wadliwego ich zachowania się. Na doniosły i fatalny wpływ tej choroby pierwszy zwrócił uwagę lekarz duński Meyer, lecz dopiero w ostatnich czasach uznano ogólnie jej znaczenie i wpływ na słuch. Na V międzynarodowym Zjeździe otologów we Florencyi zagadnienie to było poważnie roztrząsane. Arslan znalazł między 4080 chorymi na cierpienia uszne nosowe i krtaniowe 426 razy wyrośle gruczołowate i zaznacza, że najważniejsze i najczęstsze powikłania tych wybujałości stanowią choroby uszne i wymaga, aby wszystkie dzieci były pod tym względem badane przed przyjęciem do szkoły. Corradi żąda takiego samego badania dzieci przed wpisaniem ich do zakładów dla głuchoniemych; Krebs znalazł na 93 wychowanków w zakładzie dla głuchoniemych, 33 z chorobami nosa i gardła, a z tych 13 razy wyrośle gruczołowate. Wróblewski stwierdził to cierpienie u 57·5%, Frankenberger na 59·49%, Aldrich u 73% głuchoniemych dzieci. Gradeni go spotykał je w 36% badanych dzieci niżej 15 lat. Jako rzadsze objawy przytacza G. bełkoczącą mowę, opóźniony jej rozwój i bezwiedne moczenie nocne. Między dziećmi dotkniętemi tem zboczeniem, (to jest przerostem migdałków gardzielowych), znalazł on u 69% zapalenia uszne nieżytowe, w 20% zapalenia uszne ropne, a między przypadkami ostrego zapalenia ucha środkowego z przenoszeniem się choroby na ucho wewnętrzne u 36% przerost migdałków gardzielowych. Bürkner stwierdził między 188 dziećmi w zakładzie dla głuchoniemych 35 razy te wyrośle; po ich usunięciu mowa w kilku przypadkach znacznie się poprawiła. Lemke podaje 20% tej choroby u głuchoniemych. Lauffs znalazł to cierpienie u 61% między 59 wychowańcami zakładu dla dzieci głuchych. Alt przytacza przypadek ze wszystkimi objawami głuchoty psychicznej, które prędko znikły po poznaniu właściwej przyczyny i usunięciu wyrośli gruczołowatych. W innym przypadku rozpoznano zapalenie opon mózgowych, gdy rozchodziło się tylko o stan gorączkowy z powodu silnego zapalenia migdałków gardzielowych. W rzadkich przypadkach choroba ta może także przyspieszyć zejście śmiertelne. Tak n. p. Franciszek II, król francuzki, miał umrzeć wskutek zapalenia wyrośli nosowo-gardzielowych, które spowodziły ropienie ucha środkowego, zapalenie opon mózgowych i mózgowia. U nas Sędziak, Wróblewski najdobitniej podnosili częstość tego cierpienia u głuchoniemych i jego znaczenie dla słuchu.

Bardzo rzadko napotyka się na to zboczenie u dorosłych. W pierwszych latach życia tylko rzadko ono się pojawia; stwierdzano je jednakże już nawet u nowonarodzonych. Najczęściej zdarza się w wieku między 3 a 10-tym rokiem życia. Później wybujałości te coraz więcej się zwijają, więdną, a znikają zwykle całkiem w okresie pokwitania. Wykazy statystyczne dowodzą, że czas od dzieciństwa do wieku pokwitania jest okresem najwięcej niebezpiecznym dla chorób usznych i to z powodu częstego pojawiania się w tym czasie przerosłych migdałków gardzielowych, spraw nieżytowych w górnych drogach oddechowych, różnych chorób zakaźnych i t. p. Objawy limfatycznych zboczeń odżywczych występują najwybitniej w wieku dziecięcym i to przeważnie w postaci zapaleń błony śluzowej dróg oddechowych.

Otóż te dwie najgłówniejsze przyczyny głuchoty u dzieci ropienie uszne i wybujałości gruczołowate, dają się mniej lub więcej doszczętnie wyleczyć. Konieczność i pożyteczność leczenia chorób usznych u dzieci dobitnie wykazali rozmaici autorowie. I tak Bezold spostrzegał między badanemi przez siebie niedosłyszącemi dziećmi 47·7% nadających się do leczenia. Gellé znalazł, że $^2/_3$ tych chorób, które prowadzą u dzieci do głuchoty, dają się poprawić, albo nawet całkiem wyleczyć. Moure stwierdził, że $^4/_5$ głuchych dzieci szkolnych mogły być wyleczone, albo co najmniej słuch ich poprawiony. Według poszukiwań Dr. Ladreit de la Charrière wypada na 100 dzieci głuchoniemych 20, u których wada ta jest wrodzona, podczas gdy u 80 została nabyta, z czego wysnuwa on wniosek, że w pewnych przypadkach możnaby było jej zapobiedz przez większą uwagę ze strony rodziców, lekarzy i nauczycieli. Hecht napotkał między 286 wychowańcami zakładu dla głuchoniemych w Raciborzu 129 przypadków głuchoty nabytej. Denker widział między 64 głuchoniemi 38, u których choroba wykazalnie została nabytą po urodzeniu. Holger Mygind, po gruntownem opracowaniu materyału 210 sekcyonowanych głuchoniemych, znalazł 125 razy chorobę nabytą, 54 wrodzoną. Nowsze zestawienie Hartmana wykazuje między 4547 przyp. tej choroby 2041 wrodzonych, a 2378 nabytych. Barnick zbadał 143 wychowańców zakładu dla głuchoniemych w Gradcu, między którymi było według podania rodziców 63·63% z nabytą, 31·03% z wrodzoną głuchoniemotą.

W przypadkach Lauffsa między 59 głuchoniememi 30 razy choroba była wrodzoną, a 19 nabytą. U znacznej liczby było ropienie uszne, u 61% wyrośle gruczołowate, u wielu woskowiny i inne różne cierpienia narządu słuchowego. Z 80 głuchoniemych, poddanych leczeniu, 31 doznało mniej lub więcej wyraźnej poprawy słuchu i mowy, przyczem L. mógł na nowo stwierdzić, że u głuchoniemych z urodzenia choroby uszne są liczniej dostępne leczeniu, niż u tych głuchych, u których kalectwo to zostało nabyte, — że zatem u pierwszych leczenie ma lepsze widoki dla poprawy, niż u ostatnich.

Wogóle poglądy i wyniki autorów o stosunku odsetkowym głuchoniemoty wrodzonej dość znacznie od siebie odbiegają. Przeciętnie wykazy statystyczne z zakładów dla głuchoniemych naliczają 40% głuchoniemych od urodzenia. Nie można jednakże na tych dokumentach całkowicie polegać, gdyż pewna część takich dzieci, uchodzących za głuchonieme z urodzenia, zawdzięcza swoje kalectwo choro-

bom usznym, przebytym w wczesnym wieku, a przeoczonym i zaniedbanym przez otoczenie. Z drugiej strony przy najdokładniejszym badaniu, nie można zawsze stwierdzić na pewno, czy choroba w danym przypadku jest wrodzona, czy też nabyta, więc pomyłki tu łatwo zachodzić mogą.

Przy badaniu otoskopijnem głuchoniemych, znalazł Barnick 58·74% z przewlekłymi nieżytami ucha środkowego, u 43 między 143 wychowankami zakładu głuchoniemych wybujałości gruczołowate, w 9 przypadkach ropienie uszne — i przyszedl do wniosku, że większą część t. zw. głuchoniemoty wrodzonej odnieść należy do chorób ucha środkowego, przebytych w wczesnem dziecięctwie, które przez nieświadomość i nędzę społeczną zostały doprowadzone do tego kalectwa. Przytoczone liczby i fakta przemawiają przekonywająco za pożyteczną działalnością otyatry w szkołach i zakładach dla głuchoniemych; nie ulega żadnej wątpliwości, że przez wczesne a stosowne postępowanie możnaby liczbę głuchych i głuchoniemych znacznie zmniejszyć i ludzkości tyle nędzy, łez i wszelkiej niedoli zaoszczędzić. Wczesne i gruntowne leczenie ostrych i przewlekłych stanów nieżytowych i w nosie i gardle, wyleczenie spraw ropnych w uchu, usunięcie wyrośli gardlanych i ćwiczenia słuchu oraz mowy, mogą z pewnością tej wadzie zapobiedz.

Należy jeszcze rozważyć następującą okoliczność. Doniosły wpływ wieku na uleczalność wszystkich chorób ogólnie jest znany. Co do chorób usznych Cozzolino wyraża się w następujący sposób: od wieku dziecięcego do wieku młodzieńczego można wyleczyć, a co najmniej znacznie poprawić, wszystkie choroby uszne z wyjątkiem głuchoty wrodzonej i tej, która zależy od zboczeń ośrodkowych, lub od zajęcia nerwu słuchowego. Od 15 do 30 roku życia ³/₄ przypadków są uleczalne; w późniejszym wieku choroby te tem mniej są uleczalne, im starszy jest chory. Z tego powodu ważnem jest zadaniem, aby szczególnie we wszystkich chorobach zakaźnych i przewodu oddechowego wczas zwracać baczną uwagę na narząd uszny. Nigdy nie wolno zaniedbywać stanów zapalnych ostrych lub przewlekłych nosa i gardzieli u dzieci. Nietylko że choroby te są często bezpośrednią przyczyną cierpień usznych, ale schorzała błona śluzowa tych części stanowi nadto bardzo podatną glebę dla drobnoustrojów różnych chorób zakaźnych, jak błonica, płonica, odra i t. p., dla zapobiegania którym również starać się należy o wyleczenie wspomnianych cierpień.

W ostatnich czasach badania i poszukiwania różnych autorów wykazały pewny związek między tymi gruczołami a gruźlicą. W niektórych przypadkach można było stwierdzić, że migdałki mogą być miejscem pierwotnego osiedlenia się prątków gruźliczych, a nawet że ich rozrost jest właśnie wyrazem i skutkiem gruźlicy (Dok. nast.).

V. Oceny i sprawozdania.

Prym. Dr. Hermann v. Erlach i Dr. Hans R. v. Woerz. **Beiträge zur Beurtheilung der Bedeutung der vaginalen und sacralen Totalexstirpation des Uterus für die Radicalheilung des Gebärmutterkrebses**

Szczera wdzięczność należy się przedewszystkiem autorom za to, że obszerny materyał wiedeńskiego szpitala św. Maryi Teresy zużytkowali dla wyjaśnienia jednej, jeśli nie z najciekawszych, to praktycznie najważniejszych spraw, zajmujących umysły ginekologów. Mam tu na myśli późne wyniki po t. zw. radykalnych operacyach raków macicy. Minął już dawno czas, kiedy na porządku dziennym była sprawa wykonalności tej lub owej operacyi, a statystyki kliniczne odpowiadały na pytanie, jaka jest śmiertelność po zabiegu. Dziś czas zapytać się, czy świetne chwilowe wyniki nie są zaćmione późniejszymi nawrotami raka, a skoro tak jest, co czynić wypada, żeby ilość tych nawrotów zmniejszyć?

Na podstawie 131 dobrze zestawionych przypadków wyjęcia macicy przez pochwę, dochodzą autorowie do przekonania, że w przypadkach, w których rak nie przekroczył granic macicy, wystarcza zwykłe wyjęcie macicy przez pochwę. Jeśli rak obok macicy zajął i pochwę, wybierać można między wyjęciem przez pochwę, a metodą sakralną, czyli całkowitem wydobyciem macicy od tyłu, po resekcyi kości ogonowej.

W przypadkach, w których macica przytwierdzona jest do otoczenia, ale nie nowotworowym naciekiem, albo jeśli obok raka są duże włókniaki tak, że mowy być nie może o operacyi radykalnej przez pochwę, należy operować z pomocą laparotomii, przyczem wyjąć trzeba gruczoły chłonne, stanowiące ujście naczyń chłonnych, dążących z miejsca chorobą zajętego. Tak samo radykalnie należy operować, jeśli rak powikłany jest ciążą.

Co do metody sakralnej, to polecają ją autorowie u osób silnych w przypadkach, w których długa i wązka pochwa, powiększona lub częściowo unieruchomiona macica, utrudniają zwykłą operacyę przez pochwę. Nadto, jeśli pochwa lub dolna część parametryum zajęta jest nowotworem, — operacya sakralna jest wskazana.

W osobnym ustępie zastanawia się Woerz nad wskazaniami do operacyi radykalnej przez laparotomię i wbrew opinii niektórych ginekologów zakreśla temu zabiegowi dość ciasne granice. Wydaje się to tem dziwniejsze, że autor zdaje sobie sprawę z częstości nawrotów, i w przypadkach, w których macica jest do otoczenia przytwierdzona, lub bardzo znacznie przez włókniaki powiększona, radzi gruczoły chłonne wyjmować, choć przecież nie można przypuszczać, żeby w tych przypadkach większą była skłonność do zajęcia gruczołów. Za mało również zdaniem mojem zwrócono uwagi na przeszczepianie się raka podczas operacyi, fakt dziś żadnej wątpliwości nie ulegający, który, jak słusznie wykazał Winter, częstą bywa przyczyną nawrotów.

W końcu jedna uwaga. Praca autorów miałaby niemałe znaczenie i byłaby cennem wzbogaceniem piśmiennictwa, nawet bez historycznego rzutu oka na rozwój techniki operacyjnej. Jeśli jednak Woerz uznał za właściwe poprzedzić swoje wywody historyą wycięcia macicy przez pochwę, to żałować należy, że uczynił to niedokładnie: Nie znajdujemy tam mianowicie wzmianki o metodzie Rydygiera pochwowo-brzusznej, ani o francuskiej metodzie kleszczykowej.

Al. Rosner.

VI. Wyciągi.

Tagesson-Möller (Frankfurt n. O.). **W sprawie leczenia włóknikowego zapalenia płuc.** (*Deutsche med. Wochens.*, Nr. 52, 1900). Autor podaje pomyślne wyniki, które zabiegami ręcznymi osiągnął w zapaleniu płuc, wychodząc z założenia, że napełnienie chorego płuca możliwie wielką ilością świeżego powietrza musi bezwarunkowo przeciwdziałać chorobie. Dlatego w pierwszym rzędzie zwraca uwagę na kłócie w boku, które, upośledzając ruchy oddechowe, tamuje dopływ powietrza. Wprawdzie męczący ten objaw da się usunąć okładami lub zawijaniami, atoli w większości przypadków daleko szybciej i pewniej przez mięsienie przestworów międzyżebrowych. Technika jest następująca: Po wyśledzeniu miejsc, najbardziej bolesnych, naciera się je silnie brzuścami palców, wykonując równocześnie ten rękoczyn drugą ręką w wprost przeciwległym punkcie: — wiadomo bowiem, że wrażliwość mechaniczna drażnionego nerwu łatwiej zostaje zniesioną przez równoczesne drażnienie innego nerwu. Mięsienie to, którem autor prawie zawsze usuwa kłócie w boku, należy czasami stosować nieco dłużej, nawet pół godziny; oczywista rzecz, że chory oddycha początkowo powierzchownie, wskutek bolesności, później jednak oddechy stają się głębsze i swobodne. Dalszymi zabiegami są wstrząśnienia klatki piersiowej i serca: pierwsze, wykonane nad zajętymi płatami płuc, mają przyspieszać rozejście, ostatnie podniecają czynność serca, wskutek czego tętno staje się pełniejsze i wolniejsze. Wreszcie mięsienie powłok brzusznych wywołuje raźniejszy ruch robaczkowy i obfitsze oddawanie moczu, a nacieranie powierzchownych nerwów głowowych i karkowych usuwa męczący ból głowy; nie rzadko także po takich natarciach występują poty, które również pomyślnie wpływają na cały stan cho-

rego. Wszystkie te zabiegi należy stósować co 3 godziny, a na noc okłady chłodne: w przypadkach zaś. w których to jest niewykonalne, należy przynajmniej rano i wieczór stósować męsienie, w ciągu zaś dnia i nocy również okłady. Opisane postępowanie, — o ile z dotychczasowych wyników sądzić można, — jest wielce zachęcające i dlatego je autor usilnie zaleca, zwłaszcza w stósowaniu leczenia wyczekującego. *Dr. Henryk Pisek.*

Neuman (Berlin). **Przypadek uleczonego wodogłowia.** (*Deut. med. Woch.* Nr. 3, 1901). Praca ta odnosi się do kilkunastomiesięcznego dziecka, u którego rozwinęło się wodogłowie na tle niewątpliwie stwierdzonej poprzednio kiły. Leczenie polegało na podawaniu jodku potasu (5:200) dziennie około 0,25; ogółem dziecko użyło $75_{,00}$ jodku potasowego w przeciągu 9 miesięcy, nadto w ostatnich 6 tygodniach wtarto $42_{,00}$ *ungnent. hydrarg. cin. cum resorbino parato* ($1_{,00}$ dziennie). Mimo że wynik nastąpił nadspodziewanie dobry, zamierza autor jeszcze poddać to dziecko leczeniu przeciwkiłowemu w rocznych odstępach czasu. *Dr. Henryk Pisek.*

F. Kuhn. **Drożność przewodów przy operacyi kamieni żółciowych.** (*Münch. med. Wochenschrift.* Nr. 3, 1901). Autor dopatruje najczęstszą przyczynę nawrotów po operacyach kamieni żółciowych w złogach, tkwiących w dalszych drogach, a przeoczonych podczas operacyi. Wobec tego radzi w każdym przypadku przekonać się o drożności przewodów zapomocą badania dotykiem, zgłębnikiem, oraz nastrzykiwania przewodów. K. posługuje się przy tych badaniach zgłębnikiem spiralnym własnego pomysłu. *Urbanik.*

Sternberg. **Ischiopagus** (*Münch. med. Wochenschr.* Nr. 5, 1901). U wieloródki, której pierwsze dziecko było zupełnie dobrze rozwinięte, urodził się potworek 3670 grm. ważący, posiadający na jednym kadłubie dwie dobrze rozwinięte głowy, dwie ręce i dwie nogi, oprócz tego słabo rozwiniętą z tyłu nogę trzecią i z pośród głów wyrastające ku górze dodatkowe dwie ręce. Przy prześwietlaniu promieniami Röntgena okazało się, że są to dwa zupełnie prawidłowo rozwinięte płody, zrosłe miednicami. Po urodzeniu jednej główki kleszczami wydobyto z wielkim trudem płód *conduplicato corpore.* *P.*

Palmedo. **Potworek, stanowiący przeszkodę porodową.** (*Münch. med. Wochen.* Nr. 5, 1900). Zawezwany P. do porodu u wieloródki, rozpoznał ciążę bliźniaczą. Po urodzeniu jednej główki kleszczami z trudnością uwolnił barki, dalej jednak poród postąpić nie mógł. Wszedł więc P. ręką obok płodu do macicy i znalazł drugi płód zrośnięty klatką piersiową z płodem częściowo już urodzonym (*thoracophagus*). Następnie sprowadził nóżki płodu pierwszego, po urodzeniu zaś tego sprowadził przed szparę sromową nogi płodu drugiego i wydobył płód drugi nieżywy. Pierwszy zmarł po godzinie. W okresie trzecim wystąpiło silne krwawienie, które nawet po wydaleniu łożyska się utrzymywało tak, iż zmuszony był użyć tamponady sposobem Dührssena. Oba zrosłe płody były zupełnie dobrze rozwinięte i ważyły razem 5500 gramów. *P.*

Fr. Schieck. **Kliniczne i doświadczalne studya nad działaniem tuberkuliny na gruźlicę tęczówki.** (*Arch. Graefego* T. L.) Tuberkulina nie znalazła większego zastosowania w okulistyce. głównie z powodu obawy rozpowszechnienia miejscowej sprawy chorobowej przez wywołanie zbyt silnego odczynu. Gruźlica przedniego odcinka gałki objawiać się może w dwojakiej postaci. Pierwsza postać, ogólnie znana i uznana, występuje zwykle w kształcie gruzełków, guzków usadowionych na tęczówce przy obrąbku, lub w ciele rzęskowem. W rogówce tworzy nacieki lub wrzody bez cech znamiennych. Druga postać, którą przyjmuje szkoła Michela, nie różni się klinicznie od spraw tła nie gruźliczego, jak: *Keratitis parenchymatosa, iritis serosa i plastica, chorioiditis disseminata*, a stan ogólny chorego ma w tych przypadkach znaczenie rozstrzygające, w przeciwieństwie do pierwszej postaci, gdzie sprawa może być często lokalna, gdyż na 120 przyp., zebranych z piśmiennictwa, w 34 ($^1/_3$) tła gruźliczego nie było. Pięć przyp. w których autor stósował tuberkulinę. odnosiło się do pierwszej postaci. Wstrzykiwał on T R. tuberkulinę, począwszy od 0.002 mgr. (suchej wagi) do 4 mgr., przez czas kilku tygodni do kilku miesięcy. Z tych w 3 przyp. otrzymał wyleczenie bez poprzedniego odczynu, w 2ch zaś przyszło do znaczniejszego odczynu zapalnego. Porównując 13 przyp. własnych i zaczerpniętych z piśmiennictwa gruźlicy tęczówki z 103 przypadkami zebranymi z piśmiennictwa, wyciąga następujące wnioski: choroba częściej nawiedza osobniki młode, zaś zarówno często występuje w pierwszym jak i w drugim dziesiątku życia. Co do wyników, to stosunek wyleczenia do strat wynosi do 10 r. życia 8:42: od 10 do 20 r. życia 29:12, zaś po 20tym roku 2:10. Rokowanie więc między 10—20 r. życia najpomyślniejsze. W przeciwstawieniu do tych wyników są wyniki leczenia tuberkuliną gałek ocznych, które wszystkie wyleczono (utrzymanie kształtu gałki aż do utrzymania wzroku), w żadnym przyp. nie przyszło do wyłuszczenia gałki. Obawa rozpowszechnienia się gruźlicy tęczówki przez wstrzykiwanie tuberkuliny na podstawie dotychczasowego doswiadczenia jest wykluczoną, dlatego autor radzi stosować wstrzykiwanie choćby tylko jako *ultimum refugium* przed wykonaniem wyłuszczenia oka. Co do usunięcia guzka gruźliczego przez irydektomię to z 19 przypad. przytoczonych w piśmiennictwie, w 8miu otrzymano wyleczenie, a w 7miu nastąpiło znaczne zaostrzenie sprawy. Schieck robił liczne doświadczenia na królikach i dochodzi do wniosków następujących: Działania uodporniającego T R tuberkulina nie posiada: nie leczy ona każdego przyp. sztucznej gruźlicy tęczówki i rogówki u królika, jednak przypadki leczone tuberkuliną przebiegają łagodniej. co jednak, w obec udowodnionego faktu, że gruźlica tęczówki u królika i samoistnie się leczy, trzeba przyjmować z zastrzeżeniem. Co do warunków, które sprzyjają wyleczeniu gruźlicy tęczówki, w pierwszym rzędzie trzeba szukać przyczyny w małej ilości drobnoustrojów. Obok tego zauważył S., że zawsze, skoro tylko przyszło do zarośnięcia źrenicy, szybko przychodziło do wessania guzków, z czego wnosi, że wraz z zaburzeniami odżywczemi w przednim odcinku gałki, w następstwie zarośnięcia źrenicy, gruźlica traci korzystne podłoże do rozwoju. *A. Bednarski.*

Celli. **Nowy sposób zapobiegania zimnicy i jego wyniki w Latium.** (*Ctblt. f. Bact.* 1900. T. 28, Nr. 20). Zapobieganie zimnicy polegać powinno na środkach, skierowanych wprost przeciw zarazkowi i to bądź przez jego wygubianie (we krwi ludzi, oraz przez wygubienie moskitów), bądź przez zapobieżenie, aby się do ustroju nie dostał (ochrona od ukłuć komarów), — oraz na środkach, przeciwdziałających czynnikom, usposabiającym do zakażenia, ustrojowym, miejscowym i społecznym. Ten drugi rodzaj środków. równoznaczny z polepszeniem bytu ludności, asanizacyą kraju i t. d. zastosować bardzo trudno: pozostaje więc uciec się do środków pierwszego rodzaju Z nich podawanie chininy na wielką skalę nie prowadzi. zdaniem C., do celu: niszczenie komarów i ich larw można łatwo wykonać w granicach doświadczenia naukowego. ale trudno przeprowadzić w dostatecznych rozmiarach w życiu praktycznem. Natomiast bardzo skutecznie można zapobiegać zimnicy przez ochronę od ukłuć zakażonych komarów: w tym celu jednak nie na wiele się zdadzą rozmaite zalecane maście, mydła i t. d., a jedynym sposobem jest ochrona mieszkań zapomocą gęstych siatek w oknach i drzwiach, oraz szczelne zasłony siatkowe na twarz i szyję obok rękawic na rękach, jeżeli zajęcia zmuszają przebywać na wolnem powietrzu w miejscu i porze niebezpiecznej. Sposób, zastosowany przez Celliego, nie różni się niczem od postępowania Grassiego (por. »*Przegl. lek.*« 1900 Nr. 52): podobnie, jak Grassi. wypróbował i Celli skuteczność jego głównie zapomocą doświadczeń. wykonanych ze służbą kolejową w kilku zimniczych okolicach Włoch. Wyniki były równie korzystne. jak w doświadczeniach Grassiego: z 207 urzędników i służby kolejowej. ochraniających się od komarów, dostało zimnicy tylko 10 osób: nie ochraniani — wszyscy zachorowali. Trudniej było przeprowadzić podobne doświadczenia z ludnością wieśniaczą, zwłaszcza ze względu na to. że w lecie zamieszkuje ona w prostych budach ze słomy: jednakże i w takich budach powiodło się C. ochronić mieszkańców od zakażenia zimniczego, zabezpieczając wejście rodzajem przedpokoju z siatki drucianej, a wszystkie szczeliny szczelnie zatkawszy słomą. (Nasza zimnica nie jest wprawdzie tak groźną klęską społeczną, jak na południu, niemniej daje się dobrze we znaki ludności. Środki, podawane przez Celliego i Grassiego, są w naszych warunkach ekonomicznych i kulturnych. w których daleko prostszych a wiele nieraz ważniejszych zarządzeń przeprowadzić niepodobna, dotąd niewykonalne, dopóki nie znajdą się sposoby, tańsze od stosowanych we Włoszech. (*Przyp. spr.*) *C.*

Nikolsky. **O wągliku u zwierząt, żywionych zwykłą strawą z domieszką zarodników wąglika.** (*Annal. de l' Inst. Pasteur* 1900, Nr. 12). Zakażenie się zwierząt wąglikiem za pośrednictwem zakażonej strawy było dotychczas doświadczalnie mało zbadane: sposób. w jaki ono do skutku przychodzi. był sporny, a nawet niektórzy badacze przeczyli możliwości zakażenia drogą przewodu pokarmowego. W szeregu doświadczeń stwierdził N., że zwykła strawa, zakażona zarodnikami wąglika, może być u zwierząt przyczyną zakażenia, rozwijającego się taksamo, jak w zakażeniach inną drogą: z zarodników rozwijają się w jelitach zwierząt prątki wąglikowe pomimo współzawodnictwa zwykłych bakteryi jelitowych, wkraczając stopniowo coraz głębiej w błonę śluzową i ztąd dostając się do naczyń limfatycznych i do krwi. *C.*

Kácser. **Leczenie zapalenia płuc.** (*Klinisch therap. Woch.* Nr. 48, 1900). Według autora, omawiającego ten temat z stanowiska lekarza-praktyka, należy w zapaleniu płuc uśmierzać pojawiające się objawy groźne, przyspieszać przebieg choroby, a jej trwanie o ile możności skracać. W przeciwieństwie zaś do innych autorów, nie wkraczających czynnie przeciw istniejącej gorączce, jako obja-

wowi samoobrony ustroju, kładzie K. szczególny nacisk na opanowanie podwyższonej ciepłoty, jako czynnika szkodliwie działającego na serce i mózg. W obec tego za główny cel całego postępowania uważać trzeba podtrzymanie sprawności mięśnia sercowego, czyli wszystko usunąć, coby temu celowi przeszkadzało. Najlepsze usługi oddają w takich razach kąpiele chłodne, a względnie wilgotne zawijania, powtarzane kilkakrotnie, jeśli tylko ciepłota ciała wzniesie się ponad 39°C. Obok tego należy także wprost działać na serce przez a) upust krwi i b) przez stosowanie naparstnicy. Pierwszy zabieg stosuje autor od 3 lat z tak znakomitym skutkiem, że z kategoryczną pewnością uważa obecnie upust krwi za bezwarunkowo wskazany w pierwszym okresie choroby we wszystkich gwałtownie się rozpoczynających przypadkach zapalenia płuc: kłucie natychmiast ustępuje, oddechy stają się wolniejsze, a krążenie krwi przybiera typ prawidłowy. Naparstnica zaś bywa podawaną w zwykłych, powszechnie znanych dawkach w odwarze ipekakwany lub senegi.

Dr. Henryk Pisek.

Krawczenko. **Rzadki przypadek kostniaka wielokrotnego.** (*Chirurgia*, 1900 Grudzień). Autor znalazł u 32-letniego wieśniaka 22 kostniaki, usadowione na najrozmaitszych kościach, głównie na długich kościach kończyn, na żebrach, obojczyku i łopatce. Wielkość tych kostniaków wahała się od ziarna grochu do 2 pięści. Według podania matki chory miał się już narodzić z tymi kostniakami, które do 22 lat życia stale powiększały się, od tego zaś czasu stanęły w mierze. Chory przez całe życie czuł się zupełnie dobrze i oddawał się zwykłym zajęciom, dopiero w ostatnich czasach zauważył ociężałość kończyn dolnych. O usunięciu operacyjnem kostniaków nie mogło być nawet mowy, zresztą chory nie zgodził się nawet na wycięcie kawałka do badania drobnowidowego.

Dr. Gliński.

Bruns (Hannower). **Obecny stan nauki o zachowaniu się odruchów kolanowych po całkowitem poprzecznem przecięciu rdzenia powyżej lędźwi.** (*Wiener klin. Rundschau* Nr. 1, 2, i 3, 1901). Wywody autora dadzą się streścić w następujący sposób: 1) twierdzenie Bastiana, — że po całkowitem poprzecznem przecięciu rdzenia kręgowego powyżej lędźwi porażenie pozostaje wiotkiem i następuje trwały brak odruchów kolanowych, — nie zostało dotychczas odparte żadnym krytykę wytrzymującym przypadkiem; 2) dokładne anatomiczne badania całego łuku odruchowego, odnoszącego się do objawu kolanowego, nie są w stanie wyjaśnić pojawienia się braku tego odruchu; 3) ostro się rozpoczynające choroby, w szczególności urazy, podostro przebiegające rozmiękczenia i zapalenia, wreszcie bardzo wolno powiększające się uciski i przerosty, pojawiające się n. p. przy guzach, — zachowują się pod tym względem jednakowo: jeśli uszkodzenie rdzenia jest poprzeczne i całkowite, wówczas zachodzi brak odruchu kolanowego; 4) usadowienie się miejsca uszkodzenia powyżej lędźwi jest obojętne ze względu na wystąpienie objawów Bastiana: — występują one nietylko przy uszkodzeniach w dolnej szyjnej części rdzenia, ale także i części grzbietowej: 5) wyniki z doświadczeń na zwierzętach nie przemawiają przeciwko twierdzenia Bastiana. *Dr. Henryk Pisek.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dn. 4 stycz. r. 1901.

Przewodniczący kol. Beck — członków obecnych 26.

Przewodniczący zawiadamia o przyjęciu ośmiu nowych członków czynnych: Drów Bohosiewicza Teodora, Gabryszewskiego Antoniego, Łobaczewskiego Adama, Ruffa Salomona, Mankowskiego Henryka, Opolskiego Jana, Slęka Franciszka i Stankiewicza Ferdynanda, których na posiedzeniu obecnych, zgromadzeniu przedstawia.

Protokół z ostatniego posiedzenia przyjęto.

Kol. Krzyszkowski demonstruje i omawia:

A) trzy okazy różnych postaci gruźlicy krtani: a) obraz zmian zwykłych; b) obraz znacznego rozpadu; c) obraz znacznego zwężenia, wywołanego postacią przewlekłą, produktywną.

B) Preparat makroskopowy bąblowca, obok w litrowem naczyniu treść, liczne drugorzędne bąble. Preparat pochodzi z kobiety l. 58 liczącej, zmarłej wskutek następstw, spowodowanych rozedmą płuc. Bąblowca za życia nie rozpoznawano; leżał on jako torbiel wielkości głowy dziecka wśród blaszek otrzewnej pod przeponą; ugniatając prawy płat wątroby spowodował częściowy zanik tego narządu. Obok tego jednego wielkich rozmiarów bąbla znajdowały się liczne otorbione bąble rozsiane po całej otrzewnej, najliczniej wśród sieci wielkiej i w jamie miednicy małej, gdzie były objęte silnymi zrostami.

Pod mikroskopem: haczyki, »scolex,« błona chitynowa pasorzyta i torebka wywołana przewlekłem zapaleniem odczynowem otrzewnej.

Uważając go za *Echinococcus hydatidosus endogenes*, a nie *Echinococcus multilocularis*, prelegent podnosi stosunkowo rzadsze umiejscowienie pasorzyta na otrzewnej (wątroba, płuca, jama otrzewnowa) i wielokrotność rozsiania po otrzewnej.

We Lwowie na 4011 sekcyi, stwierdzono bąblowca cztery razy, z tych trzy razy umiejscowiony był w miąższu wątrobowym, jako torbiele wielkości jaja gęsiego o treści częściowo wapniejącej. W Berlinie na 4770 sekcyi było 33 bąblowce. W Dreznie na 1939 sekcyi 7 bąblowców. (Notatka z podręcznika Birch-Hirschfelda).

Kol. Skałkowski mówił o tyłozgięciu i tyłopochyleniu macicy. Opisując obecne zapatrywania na czynniki przyczyniające się i usposabiające do tego cierpienia — opisał obszerniej i przedstawił zdjęcie fotograficzne z jednego przypadku, w którym część pochwowa macicy była postronkowatym zrostem spojoną ze ścianą pochwy, nim przytrzymaną i pociąganą. Powstanie tego postronkowatego zrostu prelegent tłómaczy wgojeniem w obnażoną z przybłonka ścianę pochwy oddartego przy czynności porodowej strzępka z wargi macicznej.

J. Krzyszkowski, sekretarz.

Delegatami na Walne Zgromadzenie Tow. lekar. galic. na rok bieżący wybrani zostali koledzy: Adolf Beck (jako prezes), Roman Rencki (jako sekretarz Tow.), Józef Krzyszkowski (jako sekretarz Tow.), Teofil Stachiewicz, Paweł Kučera, Emil Wechsler, Stanisław Radzikowski Eliasz, Teofil Zalewski.

Jako zastępcy delegatów kol: Czesław Uhma, Zenon Leńko.

Dr. J. Krzyszkowski sekretarz.

Posiedzenie administracyjne z dnia 18 stycznia 1901.

Przewodniczący zawiadomił o przyjęciu przez Zarząd następujących nowych członków czynnych Drów: Rudolfa Breitera, Kazimierza Bocheńskiego, Stanisława Lewickiego, Tadeusza Czaplickiego, Stanisława Zabłockiego, Mieczysława Sołtysika, Leona Feuersteina, Tadeusza Litwinowicza, Teofila Zalewskiego, Alfreda Winogrodzkiego, Maryana Frankego, Witolda Ziembickiego, Stanisława Kubisztala, Andrzeja Kondratowicza, Wojciecha Kurzyńca.

Posiedzenie administracyjne z dnia 1 lutego r. 1901.

Przewodniczący zawiadomił o przyjęciu przez Zarząd następujących nowych czynnych członków: prof. Dr. Andrzeja Obrzuta, Drów: Alfreda Burzyńskiego, Maksymiliana Szmelkesa, Wacława Moraczewskiego, Doc. Gustawa Bikelesa, Jana Kreutza, Stanisława Fuchsa.

Towarzystwo Samopomocy lekarzy.

Dnia 9 b. m. odbył Wydział Towarzystwa Samopomocy pierwsze posiedzenie pod przewodnictwem prezesa prof. Jordana, który na wstępie zawiadomił, że p. Feliks Wiśniewski, dyrektor zakładu zdrojowego w Szczawnicy, złożył na jego ręce 200 koron na cele Towarzystwa, a kol. Kohn oświadczył, że prof. Dr. Rosenblatt ofiaruje Towarzystwu usługi prawne całkiem bezinteresownie. — Z porządku dziennego przystąpiono do obrad nad pozyskaniem dla Towarzystwa ogółu lekarzy w kraju. Na wniosek kol. Kohna uchwalono zredagować ponowną odezwę, w którejby już na podstawie konkretnych faktów, zaczerpniętych z działalności Towarzystwa, wyjaśniono jeszcze nie wszystkim kolegom zrozumiałe cele i zadania Towarzystwa, oraz rozproszono wątpliwości, jakie tu i owdzie się podnosiły. Odezwa ta w najbliższym czasie zostanie rozesłaną do wszystkich lekarzy, którzy dotychczas do Towarzystwa się nie zapisali. — Uchwalono na wniosek skarbnika ściągać wpisowe i wkładki zapomocą czeków pocztowej kasy oszczędności, gdyż jest to sposób najtańszy i najpewniejszy. — Uchwalono 4 wnioski kol. Trzebickyego, co do porozumienia się w kilku sprawach i utrzymywania na przyszłość łączności z Organizacyą lekarzy wiedeńskich. Wybrano komisyę z 3 członków, która ma opracować

najdalej w przeciągu trzech miesięcy regulamin i przedłożyć go pełnemu Wydziałowi. Następnie poruszył prezes prof. Jordan kilka bardzo ważnych spraw, któremi zająć się powinno Towarzystwo, między innemi: 1) sprawę leczenia »gratis«; 2) sprawę dobrowolnego opodatkowania się członków na cele Towarzystwa; 3) sprawę konkurencyi lekarskiej; 4) sprawę ubezpieczenia się na życie w Towarzystwach asekuracyjnych jedynie za pośrednictwem Towarzystwa Samopomocy. W ogólnej dyskusyi zgodzono się jednomyślnie, że tak te wnioski, jak i inne, dotychczas do Wydziału nadesłane, wymagają głębokiego zastanowienia i tak »ex abrupto« załatwione być nie mogą; uchwalono zatem rozdzielić je pomiędzy pojedynczych członków Wydziału do gruntownego przestudyowania i przedłożenia, już dokładnie i szczegółowo opracowanych, na najbliższem posiedzeniu. (Streszczenie protokółu). *Dr. Langie*, sekretarz.

VIII.

† Maks Pettenkofer,

światowego rozgłosu chemik i higienista, zakończył życie w Monachium, licząc lat 83. Urodził się r. 1818 w Lichtenheim, nauki lekarskie odbył w Monachium, pracował następnie pod kierownictwem Liebiga; w roku 1847 mianowany został nadzwyczajnym profesorem chemii, a w 1853 — zwyczajnym. Dał się światu poznać ogłoszeniem pracy biologiczno-chemicznej o żółci; następnie zwrócił swe badania w kierunku higienicznym: badał stosunki przewietrzania mieszkań, systemy ogrzewania, odzież ludzką i t. d. W r. 1855 rozpoczął swe badania nad cholerą i nad wpływem wody gruntowej na jej powstawanie i rozwój. Niemniej wielkiego rozgłosu nabrały badania Pettenkofera nad oddechaniem i żywieniem się zwierząt i ludzi, oraz dał on naukowy kierunek badaniom nad przemianą materyi. Przedstawieniom Pettenkofera zawdzięcza Bawarya powstanie katedr higieny, z których jedną w r. 1865 przyznano jemu, jako założycielowi higieny doświadczalnej. W r. 1889 Pettenkofer został wybrany na prezesa Akademii Umiejętności; w r. 1894 przeszedł w stan spoczynku.

Do najwięcej cenionych dzieł zmarłego higienisty należą: 1) Badania nad sposobami rozpowszechniania się cholery. 2) O zmianie powietrza w mieszkaniach. 3) O farbach olejnych i konserwowaniu obrazów. 4) Stosunek powietrza do odzieży, mieszkania i gruntu. 5) O środkach żywienia się i o wartości wyciągów mięsnych. 6) Odczyty o kanalizacyi. 7) Ziemia i jej związek z życiem człowieka. — Wielka praca: „Wykład higieny“ wyszła pod redakcyą Ziemssena. Redagował *Zeitschrift für Biologie* i *Archiv für Hygiene*.

Doszedłszy sędziwego wieku zaczął zapadać w zadumę i w chwili psychicznego rozdrażnienia własną ręką przeciął nić swego nad wszelki wyraz zasłużonego żywota. *A. K.*

IX. XIII międzynarodowy Zjazd lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

Sekcya chorób wewnętrznych

zestawił

Dr. Henryk Pisek.

(Ciąg dalszy).

Einhorn (Nowy-York) *Samoistna rozstrzeń przełyku.* Rozpoznanie opiera się na następujących objawach: przełyk i wpust są drożne dla zgłębnika żołądkowego, — atoli postępując ostrożnie, można zapomocą takiegoż zgłębnika wydostać z przełyku niezmienione jeszcze resztki pokarmów. Nadto można dokładnie odróżnić treść żołądka i przełyku z osobna, podając pokarmy względnie płyny zabarwione (kawa); brak szmeru połykowego jest bardzo ważnym objawem. Autor spostrzegał 12 takich przypadków, z których tylko 2 miały tło urazowe. Cierpienie samo przez się jest długo trwające: — leczenie polega na ręcznych zabiegach chorego, w szczególności by przez stosowne ugniatanie klatki piersiowej popychał potrawy ku żołądkowi, przyczem kęsy nie powinny w ogóle być za grube; wreszcie są wskazane przepłókiwania przełyku wieczorami.

Bourget (Lozanna). *Wskazania do gastroenterostomii i jej wyniki. (100 spostrzeżeń z 46 operacyami).* Gastroenterostomia jest wskazaną we wszystkich przypadkach, w których pokarmy, przechodząc przez odźwiernik, natrafiają na przeszkody w kształcie większego lub mniejszego zwężenia, wywołanego przez guzy, włókniste przerosty lub bliznowate, względnie wrzodziejące ściągnięcia (retractiones); — przeciwwskazaną zaś jest w przypadkach przejściowego zwężenia odźwiernika skutkiem kurczu nerwowego, w zastoju treści żołądkowej wskutek opadnięcia żołądka *(ptosis)* lub zwiotczenia jego ścian. Przed operacyą należy starannie zbadać czynność ruchową żołądka, a to należy kilkakrotnie powtórzyć przy podejrzeniu kurczu *(spasmus)* odźwiernika: również trzeba baczną zwrócić uwagę na wpływ letniej kąpieli i działanie bromku potasowego. Wydęcie żołądka jest koniecznem dla odróżnienia od jego opadnięcia *(gastroptosis)*. W powyżej wymienionych przypadkach gastroenterostomia jest skutecznym zabiegiem, — a w razie złośliwych guzów znacznie przedłuża życie; mniej zadowalniające są wyniki w opadnięciu żołądka i kurczu zwieracza. Ani czynność wydzielnicza żołądka, ani ruchowa, nie cierpią wskutek operacyi: — trawienie tak samo się odbywa, jak dawniej, a z czasem odzyskuje żołądek swą prawidłową wielkość i położenie.

Gallois (Paryż). *Zakażenia, wychodzące z wyrośli gruczołowatych.* Choroby zakaźne, rozwijające się na tle wybujałości gruczołowatych, nie są jeszcze dokładnie zbadane. Autor odróżnia następujące postacie: 1) Ostre lub przewlekłe zapalenie samych wybujałości, które same przez się mogą być punktem wyjścia dla posocznic krwotocznych. 2) Rozszerzanie się na sąsiednie błony śluzowe. 3) Rozszerzanie się na skórę sąsiednią (nos i oczy): róża, liszajec, wyprysk, wilk. 4) Zapalny obrzęk gruczołów szyjnych. 5) Zapalenia łącznotkankowe, doprowadzające do ropienia, nawet w mózgu, przez rozwleczenie zarodków chorobotwórczych. 6) Ogólne zakażenie krwi prątkami gruźliczymi, znajdującymi się w wybujałościach gruczołowatych: tak samo mogą powstać gościec, zapalenie śródsierdzia i pląsawica.

Dyskusya: Ewald (Berlin) spostrzegał posocznicę, powstałą na tle przewlekłego ($1^1/_2$ roku trwającego) zapalenia ucha.

(Ciąg dalszy nastąpi).

X. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Uwagi o projekcie zmiany ustawy i instrukcyi służbowej dla lekarzy gminnych i okręgowych etc. przez Dra W. Nattera.

Podał

Dr. Erg.

Podany w „Przeglądzie Lekarskim“ Nr. 5 b. r. projekt zmiany ustawy z dn. 2 lutego 1891 Dz. u. kr. Nr. 17. świadczy o nadzwyczaj sumiennej pracy i dobrych chęciach autora. Pracy tej towarzyszyć powinno i towarzyszy jasne zrozumienie przedmiotu i ducha ustawy, którą zmienić zamierza, jakoteż znajomość ogólna innych ustaw sanitarnych, obowiązujących w kraju. Piękna, ale nie oparta o grunt realny, przytoczona ustawa, więc w wielu szczegółach nie wykonalna, przez poczynienie zmian zyskać powinna podstawę i wlać nowe życie w wegetujące okręgi sanitarne.

Mimo to jednak, jak każda rzecz ludzka, i ten projekt nie jest może wolny od przeważnie drobnych usterek; a jako taki i jako dotyczący publicznych stosunków, powinien być poddany dyskusyi. Nie przez wzajemną admiracyę bowiem, ale przez krytykę, choćby nawet bezwzględną, osięgniemy podstawę do polepszenia stosunków na tym „najlepszym ze światów“. Tą myślą powodowany, zamierzam skreślić słów kilka. Przedewszyskiem, podany projekt nie uniknął kilku ogólników, których przecież uniknąć było bardzo łatwo przez proste wykreślenie, lub dodanie kilku wyrazów. Wobec naszego na-

rodowego charakteru, skłonnego do uogólnień i posiadającego aż nadto indywidualizmu, ustawa powinna niejako przeciwdziałać tym zbyt wybujałym właściwościom, przechodzącym w wady i powinna być ścisłą, a nawet drobiazgową tak, aby nie dawała pola do dwuznacznych tłómaczeń. Każda ustawa bowiem jest to do pewnego stopnia ograniczenie swobody działania czy to społeczeństwa, czy też i osobników, w zamian za przyznane korzyści i prawa. Strzeżmy się ogólników. Ściśle określająca sprawy ustawa, jako rodzaj kontraktu społecznego, daje obopólną rękojmię i jest najskuteczniejszą obroną dla „ludzi bezdomnych", jakimi przeważnie są lekarze okręgowi.

Do takich ogólników zaliczyć muszę np. w § 5 wyrażenie „i inne ważne stosunki miejscowe", które wprost prosi się o wykreślenie. Również w § 8. autor projektu nie poszedł dalej w przewidywaniu, co powinno nastąpić, jeżeli lekarz okręgowy z końcem roku prowizorycznej służby nie otrzyma ani uzasadnionego wypowiedzenia posady, ani też dekretu stabilizacyjnego. Prosta konsekwencya wskazuje (co może autor i miał na myśli, — lecz ustawa nie zna domyślników) że „w razie niezawiadomienia uzasadnionego o wypowiedzeniu posady po roku służby prowizorycznej posada *eo ipso* staje się bez osobnych dekrektów stabilizacyjnych posadą nadaną stale". Takie uzupełnienie § 8. ułatwiłoby całe postępowanie i nieobciążałoby strony zbyteczną formalistyką.

W § 10. mowa jest, że Wydział Powiatowy w porozumieniu z Wydziałem Krajowym ma zarządzić „aby w razie czasowego braku lekarza okręgowego . . . inny lekarz wykonywał tymczasowo w okręgu służbę sanitarną". „Tymczasowość" taka, jak w ogóle każda sprawa przejściowa, aby nie przeszła w stan chroniczny, powinna być, co do czasu trwania, ustawowo określona. W tym przypadku autor projektu poprzestał na ogólniku. Sądzimy, że określenie ustawowe terminu 4-miesięcznego, jako zastępstwa, byłoby w danym razie wystarczające.

W § 11. autor projektu dzieli płacę lekarzy okręgowych na 3 klasy: 1000—1200—1400 K. „według oceny Wydziału Krajowego" i t. d. I znów nieszczęsny ogólnik: jaka norma ma służyć do tej „oceny"? To, co mogłoby służyć do sprawiedliwego podziału płacy lekarzy okręgowych na klasy: że ten lub ów okręg jest w okolicy ubogiej, że w tym lub owym lekarz okręgowy może znaleźć uboczne dające dochód, zajęcia (kasy chorych, sądy, koleje), że w tym lub owym — ludność nie przyzwyczaiła się jeszcze wzywać pomocy lekarskiej i t. d., są to pojęcia tak elastyczne, że z nich nie podobna ułożyć jakichś danych. Pozostawienie zaś swobodnej oceny bez ustawowego określenia miałoby prawdopodobnie ten skutek, jaki już teraz możemy dostrzegać w okręgach. Zastrzeżona ustawowo minimalna suma płacy lekarzy okręgowych 1000 K jest, — z wyjątkiem niewielu okręgów, — ogólnie przyjętą, więc zarazem maksymalną. Czyżby prawie wszystkie okręgi, — potworzone w najbardziej zaniedbanych okolicach kraju, — posiadały tak idealne warunki utrzymania lekarza okręgowego, że dla nich wystarcza najniższa płaca? Kto wie, czy przyjmując dobrze zresztą pomyślany podział płacy lekarzy okręgowych na klasy, nie byłoby najlepiej przyjąć za miarę ilość ludności okręgu, np. aby przy ludności do 15.000 wynoszącej (w myśl § 2) przywiązaną była płaca 1 klasy, do 18.000 — 2 klasy, do 21.000 płaca 3 klasy.

W § 14. autor projektu zatrzymał w dotychczasowem brzmieniu zdanie: „Lekarze okręgowi obowiązani są szczepić ospę w miejscu swej siedziby" zamiast podać: „bezpłatnie przeprowadzać *ochronne* szczepienie ospy w miejscu swej siedziby" co z ducha ustawy, — z instrukcyi służbowej, w której są skrzętnie wymienione obowiązki lekarzy okręgowych, wynika (lit. u.). Czy dodatek ten „ochronne" jest rzeczą obojętną, zaraz się przekonamy:

Koszta szczepienia ospy, t. zw. z konieczności, ponosić winien w myśl ustaw skarb państwa (Dekr. kanc. z 30. czerwca 1840 l. 17.742 i z 8 czerwca 1843 l. 17.713 zb. ust. prow. tom 71 str. 165), podczas gdy koszta ochronnego tylko szczepienia ponosi fundusz krajowy. Koszta t. zw. komisyjne dotychczas zawsze wypłacał skarb państwa lekarzom okręgowym (w myśl reskryptu c. k. Min. spr. wewn. z dn. 11. lutego 1895 l. 3398): wynagrodzenie zatem za szczepienie z konieczności nawet w miejscu siedziby lekarza okręgowego, jako za czynność komisyjną t. j. związaną z epidemią i przy sposobności leczenia, w myśl ustaw dokonywaną, powinien również Skarb państwa lekarzowi okręgowemu wypłacić.

Choć w instrukcyi służbowej *lit. u.* powiedziano, że lekarz obowiązany jest przeprowadzać szczepienie ospy ochronnej, a nie: szczepienie z konieczności, — ogólnikową stylizacyę § 14 wyzyskano w ten sposób, aby lekarzom okręgowym za przeprowadzenie szczepienia z konieczności w miejscu siedziby skarb państwa nie płacił! A przecież chodzi tu nie o mały trud: w myśl ustaw bowiem szczepi się z konieczności nie zbiorowo, jak przy szczepieniu ospy ochronnem, ale od domu do domu; a załatwiając tę czynność w myśl ustaw „przy sposobności leczenia", lekarz naraża życie i zdrowie, jeżeli już nie swoje, to swej rodziny. Trudno zapewne jest uwierzyć, aby Wysokie Władze Krajowe, na podstawie zbyt ogólnikowego i nie w duchu ustawy stylizowanego § 14., który same formułowały nie jasno — postąpiły w ten sposób z mozolną pracą lekarza, — niewiernych Tomaszów jednak pozwolę sobie odesłać do świetnie stylizowanego rozporządzenia Wydziału Krajowego z 15 lipca 1898 l. 42046 Nam. l. 67.167 ex 1898. Powtórzę jeszcze przeto jeszcze raz: Strzeżmy się ogólników.

Drugi szereg usterek projektu dotyczy tego, co nazwałbym zwiększeniem ustawowem władzy wykonawczej, względnie inicyatywy lekarzy okręgowych.

Że znów wrócę do wspomnianego powyżej § 5; w miejsce mniej szczęśliwie pomyślanego zakończenia: „w ten sposób ma być przeprowadzoną każda zmiana okręgu sanitarnego" uważałbym więcej za wskazane umieścić: „Przy zamierzonej zmianie okręgu ma być w pierwszym rzędzie przez Wydział powiatowy wysłuchana i uwzględniona opinia lekarza okręgowego, lub powiatowej komisyi zdrowotnej (gdzie takowa istnieje). Ostatecznie zmianę granic okręgu sanitarnego zatwierdza Wydział Krajowy w porozumieniu z c. k. Namiestnictwem".

Również § 6., w którym jest mowa, że „do okręgu sanitarnego mogą być przyłączone gminy z sąsiedniego powiatu", należałoby mojem zdaniem uzupełnić dodatkiem: „na wniosek lekarza okręgowego i za porozumieniem się dotyczących Wydziałów powiatowych. Gdyby takie porozumienie się nie doszło do skutku, wniosek lekarza okręgowego w 3 miesięcznym terminie od daty wniosku, ma być przez Wydział Powiatowy przedłożony Wydziałowi Krajowemu, który sprawę ostatecznie rozstrzyga w porozumieniu z c. k. Namiestnictwem i o wyniku rozstrzygnięcia lekarza okręgowego uwiadamia".

Czy takie uzupełnienia §§ 5. i 6. mogą okazać się pożytecznemi dla sprawy uzdrowotnienia okolicy i niesienia pomocy lekarskiej ludności, gdy będzie naprzód wydawał opinię lekarz, który dokładnie przecież zna stosunki miejscowe, wśród których żyje, — nie będę udowadniał, nie chcąc zachwalać własnego towaru i pozostawiając sąd uważnemu — nie wątpię — czytelnikowi.

Do tego samego szeregu usterek projektu zaliczyłbym brak uzupełnienia pewnych punktów Instrukcyi służbowej. I tak pod *literą c,* określającą idealnie, lecz bez możności wykonania, obowiązki lekarza okręgowego, może nie zaszkodziłoby dodać tego, co dotychczas w ustawie jeszcze nie znalazło określenia, a co gorzej — w praktyce zastosowania, choć z Instrukcyi służbowej konsenkwentnie wynika, a mianowicie słów: „Zwierzchnościom gminnym i c. k. Starostwom nie wolno udzielać t. zw. konsensów bez przedłożenia poprzód przez strony opinii kwalifikacyjnej lekarza okręgowego".

Pod *lit. h.)* należy dodać: „Zwierzchnosciom gminnym nie wolno wyznaczyć miejsca na kąpiele bez zasięgnięcia opinii lekarza okręgowego".

Pod *lit. r.)* zaś: „Cmentarza założyć lub rozszerzyć; trupiarni zbudować, nie wolno bez zasięgnięcia poprzód zdania lekarza okręgowego".

Uzupełnienia takie ściągną, sądzę, pobożne życzenia, zawarte w instrukcyi służbowej, z mglistych sfer na grunt realny; ktoby zaś sądził, że dodatki, proponowane przezemnie, jak n. p. przy *lit. r.)* co do cmentarzy, są zbyteczne, niech przeczyta ową istną burzę w szklance wody, zawartą w orzeczeniu c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z dn. 25 lutego 1888 l. 3089 gdzie *»samowola pana c. k. starosty tem jaskrawiej na jaw wystąpiła«*, ponieważ przy komisyjnem dochodzeniu w przedmiocie rozszerzenia cmentarza został wezwany nie c. k. lekarz powiatowy, ale inny lekarz, — kto wie czy nie w służbie autonomicznej będący.

Ależ, — ktoś może powie, — że uzupełnienia takie, jak przy *literach c.) h.) r.)* i innych jeszcze *literach* Instrukcyi służbowej, o których poniżej będzie mowa, właściwie tu nie należą: na to trzeba wydać osobne rozporządzenia, reskrypta, orzeczenia, okólniki, dekreta lub t. p. do odnośnych władz. Temu jednak odpowiem: miejmy w Instrukcyi służbowej podane uzupełnienia, a co do reszty damy już sobie radę. Zmysł praktycznego zastósowania ustawy przeważyć i w tem miejscu powinien nad formalistyką.

Idealistyczne zwracanie uwagi właściwych władz na studnie w instrukcyi służbowej *lit. d.)* powinno być mojem zdaniem uzupełnione realnym dodatkiem: „prawo polecenia Zwierzchności gminnej, aby zamknąć studnię dla zapobieżenia cho

robom zakaźnym, przysługuje lekarzowi okręgowemu". Dodatek taki nie wydaje mi się zbyteczny, skoro według orzeczenia trybunału administracyjnego z dn. 13 lutego 1895 l. 786, prawo to przysługuje dotychczas tylko władzy politycznej.

Co do *litery s.)*, to autor projektu, uzupełniając ją, nie uwzględnił jeszcze jednej z uchwał I Zjazdu lekarzy okręgowych, a mianowicie: „w razie niedelegowania do tłumienia epidemii, w okręgu sanitarnym wybuchłej, lekarza okręgowego, winno c. k. Starostwo w każdym poszczególnym przypadku podać przyczynę i w każdym razie o dalszem swojem zarządzeniu co do epidemii uwiadomić lekarza okręgowego".

W uzupełnieniu *litery v.)* uważam za wskazane, aby lekarz okręgowy o zamknięciu lub otwarciu szkoły ludowej w razie epidemii uwiadamiał nie c. k. Starostwo, ale „Radę szkolną okręgową", analogicznie do przepisanego ustawowo sposobu postępowania, obowiązującego dotychczas tylko c. k. lekarzy powiatowych.

Pod *litera u)*, wkładającą na lekarza okręgowego obowiązek uwiadamiać o partactwie lekarskiem władzę polityczną lub właściwy sąd, należy dodać: „które to władze o dalszem swojem zarządzeniu, względnie o ukaraniu winnych, mają obowiązek zawiadamiać lekarza okręgowego".

Przechodzimy do ostatniego szeregu usterek, a są to działa najcięższego kalibru.

W § 9. autor projektu podaje: „O zamianowaniu lekarza okręgowego uwiadomi Wydział Krajowy c. k. Namiestnictwo, któremu przysługuje prawo powstrzymania tej nominacyi w razie nieprzestrzegania przepisów ustawy". Przedewszystkiem zauważyć muszę, że c. k. Namiestnictwo jest władzą równorzędną, ale nie wyższą, niż Wydział Krajowy, z tego powodu powstrzymanie nominacyi lekarza okręgowego przez c. k. Namiestnictwo, które nadto funduszami państwowymi dla stałego utrzymania lekarza okręgowego dotychczas w niczem się nie przyczynia, miejsca mieć nie może. Jeżeli przepisy ustawy nie będą przestrzegane w jakim przypadku, to — w naturalnym toku instancyi rozstrzygać tylko może najwyższa władza krajowa, t. j. Sejm. Z tego powodu przytoczony ustęp § 9. od słów „któremu" aż do „... ustawy", uważam za wskazane wykreślić.

§ 15. również mojem zdaniem inaczej brzmieć powinien, a mianowicie: „Czynność lekarza okręgowego nadzoruje i władzę dyscyplinarną sprawuje nad lekarzem okręgowym komisya zdrowotna powiatowa tam, gdzie takowa istnieje. Gdzie takiej komisyi niema, osobna komisya, złożona z Marszałka powiatowego, delegata *ad hoc* Wydziału Krajowego, którym ma być lekarz w siedzibie Wydziału Powiatowego zamieszkały i w służbie rządowej nie będący, oraz c. k. lekarz powiatowy". Wszak na I Zjeździe lekarzy okręgowych była o tem mowa, jak niestosownem, przykrem i do pewnego stopnia nawet dla lekarza ubliżającem jest, gdy dochodzenie dyscyplinarne przeciw niemu, dotyczące spraw lekarskich, prowadzi np. lustrator powiatowy. Takie przypadki były; teraz chodzi o to, aby praktycznie, ustawowo, im zapobiedz.

Co do *Instrukcyi służbowej A.*, to tutaj, po słowach podanych przez autora projektu, wypadałoby umieścić sprawę sprawozdań półrocznych, dotychczas w ustawie nie znajdującą się, lecz dodatkowo wydaną. Chodzi tu zwłaszcza o sprawozdania w okręgach, złożonych z gmin kilku powiatów, którą sobie tak przedstawiam: na podstawie § 6. ustawy jedna tylko „reprezentacya powiatowa w okręgach złożonych ma spełniać czynności, przekazane reprezentacyom powiatowym przez niniejszą ustawę". Wobec tego, konsekwentnie idąc: „sprawozdania półroczne w okręgach złożonych z gmin różnych powiatów, lekarze okręgowi powinni przedkładać na ręce jednej tylko reprezentacyi powiatowej" co w ustawie należałoby określić, gdyż w okręgach złożonych np. z gmin 4 powiatów, władze powiatowe, zawsze gorliwe, gdy chodzi o dodanie lekarzom okręgowym bezpłatnej pracy[1]), gotowe wymagać 4 sprawozdań półrocznych.

[1]) Pomijając mniejsze dodatkowe prace bezpłatne, zdarzyło się, że np. w jednym z powiatów wyznaczono lekarzom okręgowym obok sprawozdań miesięcznych (w miejsce półrocznych) 12-krotny w ciągu roku objazd całego okręgu w miejsce dwukrotnego i to bez podwyższenia ryczałtu na podróże służbowe.

Dla porównania przytoczę, że tenże sam Wydział Powiatowy polecił akuszerkom okręgowym objazdy po gminach — *risum teneatis amici* — w celu pouczenia wiejskich babek. C. k. Namiestnictwo zniosło to rozporządzenie Wydziału Powiatowego, nie mogąc udzielić akuszerkom egzaminowanym *veniam legendi.*

A czy o lekarzy okręgowych kto się upomniał?

Co do Komisyj zdrowotnych, których §§ autor projektu w niczem nie zmienił, to należałoby § 8 zmienić o tyle, aby: „komisye zdrowotne we wsiach i miasteczkach, należących do okręgów sanitarnych, w zwykłych warunkach odbywały posiedzenia" nie co miesiąc, ale „co ½ roku podczas półrocznych objazdów lekarza okręgowego; zaś komisye zdrowotne powiatowe w ciągu miesiąca stycznia i lipca. W czasie panowania w okręgu sanitarnym nagminnie cholery lub moru, komisye zdrowotne wiejskie i małomiejskie powinne odbywać posiedzenia raz na miesiąc". Dla stosunków wiejskich i małomiasteczkowych podane termina najzupełniej wystarczą.

Wykazane usterki są przeważnie drobne, nie mniej jednak zauważyć muszę, że i drobne błędy mogą pociągnąć skutki doniosłego znaczenia. W czynnościach ludzkich bowiem skutek rzadko się równa, co do ilości, przyczynie: lecz przeciwnie bardzo często wypadki gromadzą się i rosną niejako w ksztalcie lawiny. Niechcąc szukać dalszych, choć stosowniejszych może przykładów, przypomnę dla udowodnienia choćby wspomniane już powyżej następstwa drobnego błędu z § 14, a mianowicie nieumieszczenia wyrazu „ochronne" przy szczepieniu, jakie bezwątpienia ustawodawca, — sądząc z Instrukcyi służbowej *lit. u.)*, — miał na myśli.

Na tem kończę moje uwagi, nie łudząc się bynajmniej, że zdanie moje i poprawki wolne będą od błędów. Nie mniej jednak nie wątpię, że inna krytyka i dyskusya nad projektem na innej arenie i przez głos szersze w społeczeństwie zataczającym koła korzyść dla sprawy okręgów, więc i dla kraju, przyniesie. Autorowi projektu obok uznania dla jego gorliwej i sumiennej pracy, niech mi wolno będzie wyrazić w zastosowaniu do siebie, że łatwiej jest krytykować, aniżeli tworzyć. W końcu Redakcyi „Przeglądu Lekarskiego", która niejednokrotnie tak gościnnie udzielała cennych kart czasopisma dla sprawy okręgów, więc sprawy najuboższych lekarzy i najwięcej zaniedbanych okolic kraju, niech mi wolno będzie na tem miejscu za wspomnianą gościnność, o ile ona mnie dotyczy, — wyrazić serdeczne Bóg zapłać.

XI. **Wiadomości bieżące.**

Kraków, 14 lutego 1901.

* Dzień dzisiejszy stanie się epokowym dla rozwoju naszego miasta. Po długich latach mozolnych poszukiwań, badań i obliczań, wszedł Kraków w posiadanie wodociągów, a co najważniejsza, od dziś posiada wodę znakomitą i w wielkiej obfitości. Wpływ dobrej i obfitej wody na zdrowie mieszkańców jest pewnikiem, który stwierdziła statystyka całego świata; obok czynnika sanitarnego wodociągi mają doniosłe znaczenie dla rozwoju liczebnego i ekonomicznego mieszkańców miast i pod tym względem można Krakowowi wróżyć lepszą przyszłość.

Wyniki badań chemicznych i bakteryologicznych wody z rur wodociągowych, dziś stanowiące jeszcze dokument urzędowy, wkrótce dojdą do wiadomości ogółu, a członkowie Tow. lekar. krakowskiego dowiedzą się o nich z ust kierownika budowy wodociągu krakowskiego p. inżyniera Ingardena, który na posiedzeniu Towarzystwa w dn. 20 bm. wygłosi odczyt o tej sprawie.

Począwszy od śp. prof. Dietla, lekarze krakowscy odegrali wpływową rolę w dziele zaopatrzenia rodzinnego miasta w dobrą wodę. Dzieje Komisyi wodociągowej wymieniają znaczny zastęp rzetelnie zasłużonych higienistów, którzy wzięli na swe barki nietylko upowszechnienie samej myśli wśród obywateli Krakowa, lecz i badaniami naukowemi doprowadzili całą sprawę do tego stopnia, że stała się dojrzałą do technicznego wykonania. W szczególności zaś należy tu zapisać, że oprócz jednostek, Towarzystwo lekar. krakowskie popierało powagą swych uchwał trudne nieraz zadanie Komisyi wodociągowej, a idąc ręka w rękę z technikami, umożebniło ziszczenie doniosłego dzieła, którem się gród nasz słusznie może chlubić.

* W jednym z ostatnich dni przyszłego tygodnia odbędzie się wycieczka grona członków Towarz. lekar. krak. na Bielany, w celu obejrzenia urządzeń wodociągowych w ruchu. Z powrotem odbędzie się wspólne śniadanie ku uczczeniu zasłużonego kierownika budowy wodociągów krakowskich p. inżyniera Ingardena. Bliższe szczegóły podane zostaną w kurendzie, którą obeszle kierownik wycieczki.

* Kol. Dr. Wł. Ściborowski złożył na fundusz »Domu Tow. lekar. krak.« 200 kor.

* Redakcya »Postępu Okulistycznego« w słowie »Do czytelników« oświadcza, że w miesięczniku swym zamierza poświęcić uwagę także chorobom nosa, o ile takowe pośrednio lub bezpośrednio z chorobami ocznemi mają jakikolwiek związek. Jako stałych współpracowników w tym rozszerzonym zakresie wymienia Redakcya prof. Pieniążka i Dr. Sędziaka.

* Sekretarz krakow. Towarz. Samopomocy lekarzy donosi: Wny P. Feliks Wiśniewski, dyrektor zakładu zdrojowego w Szczawnicy, ofiarował na cele tego Towarzystwa 200 koron, za co mu Wydział Towarzystwa składa publiczne podziękowanie.

* Pod redakcyą prof. Hoyera (ojca), a nakładem Kasy im. Mianowskiego, wyszła Histologia opracowana przez kilkunastu lekarzy warszawskich, krakowskich i lwowskich.

* Do parlamentu wiedeńskiego wybrani zostali następujący lekarze: Fr. Kindermann, Ed. Greger, W. Ellenbogen, H. Winter, E. Gładyszewski i F. Opydo.

* Międzynarodowy Kongres dla walki z gruźlicą odbędzie się w Londynie od 22 do 26 lipca b. r. Prace Kongresu podzielone będą na 4 sekcye: 1) opieka państwowa; 2) leczenie i zakłady dla gruźliczych; 3) patologia i bakteryologia; 4) gruźlica u zwierząt. Z Kongresem ma być połączona Wystawa. Kongres będzie się składać z członków honorowych, delegowanych i zwyczajnych; do pierwszych należeć będą wysłańcy rządów i uniwersytetów; do delegowanych i zwyczajnych członków zaliczone będą osoby towarzyszące pierwszym, oraz przedstawiciele rządu angielskiego i różnych związków angielskich. Członkowie delegowani i zwyczajni otrzymają kartę uczestnictwa po przysłaniu 20 mrk. wpisowego do generalnego sekretarza Kongresu (Londyn, Hanover Square, 20). Karty te upoważniają do udziału we wszystkich posiedzeniach Kongresu i do prawa otrzymania sprawozdania z prac Kongresu Urzędowym językiem Kongresu będzie: angielski, francuski i niemiecki. Zgłaszania wykładów, wraz z załączeniem krótkiego streszczenia, przyjmowane będą do 15 czerwca b. r. na ręce sekretarza generalnego.

* Wiedeński prof. pedyatryi Dr. Widerhofer, z powodu nadwątlonego zdrowia, został zwolniony z wykładów, w czem go zastępuje Dr. Moser, jego asystent kliniczny.

* XXX-ty Kongres niemieckiego Towarz. chirurgicznego odbędzie się w Berlinie w tygodniu przedwielkanocnym.

* Kongres niemieckiego Towarz. dermatologicznego odbędzie się we Wrocławiu od 28 do 30 maja b. r.

Mianowania i odznaczenia. Prof. Jentzer mianowany został dyrektorem kliniki ginekologicznej w Genewie. Naczelnikiem Akademii lekarsko wojennej, po śmierci Paszutina, mianow. został prof. Taraniecki. Prof. nadzw. dr. A. Jarisch, mianow. został prof. zwycz. syfilidografii i dermatologii w Gradcu. Dr. Pietkiewicz (Paryż) mian. został kawalerem legii honorowej. Dr. Minakow mian. prof. sądowej medycyny w Moskwie.

Nekrologia Zmarli: Dr. L. Weis, prof. okulistyki, zmarł w Heidelbergu, w 51 r. życia. Dr. Lehmann, znany higienista, zmarł w Kopenhadze. Dr. Bolesław Fischer zmarł w Petersburgu, w 65 r. życia. W Kielcach zmarł dr. Śmigielski, licząc lat 51.

Zapiski bibliograficzne.

— *Postęp Okulistyczny* Nr. 1: Bałłaban: Bardzo rzadka postać przybłonkowego torbiela spojówki gałki ocznej. Łuniewski: Znaczenie lecznicze dyoniny w okulistycznej praktyce.

— *Krytyka Lekarska* Nr. 2: Feinstein: Przyczyny ślepoty w kraju naszym. Wizel: Stosunek psychologii do psychiatryi (dok.).

— *Czasopismo Lekarskie* Nr. 2: Simon: O gorączce siennej i jej leczeniu. Tumpowski: O badaniu bakteryologicznem mięsa ze sklepów i jatek łódzkich. S.: Wypożyczalnie sprzętów i przyrządów do pielęgnowania chorych.

— *Gazeta Lekarska* Nr. 6: Czajkowski: O wyborze metody operacyjnej i wskazaniach do leczenia doszczętnego przepuklin pachwinowych wolnych. Brudziński: O roli drobnoustrojów w chorobach przewodu pokarmowego niemowląt (dok.). Troczewski: Przyczynek do kazuistyki ropni pierwotnych wątroby, pochodzenia nieurazowego (ciąg dalszy).

— *Medycyna* Nr. 6: Gaszyński: O zasadach, warunkach i wskazaniach do wykonania cięcia łonowego z przytoczeniem własnego przypadku.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 6: Kopfstein: Zpráva o 205 operacích průtrže provedených ve veřejné okresní nemocnici císaře Františka Josefa I. w Mladé Boleslavi. Mrazek: O lázních slunečních, a světelných.

— *La Semaine médicale* Nr. 5: Gilles de la Tourette: Zastosowanie metody t. zw. »dawek wystarczających« do leczenia kilku chorób układu nerwowego.

— *La Presse médicale* Nr. 10: Sebileau: Rozliczne postacie posocznicy, pochodzącej z jamy ustnej. Nr. 11: Furet: Leczenie otoku zatoki klinowej, trepanacya obydwóch zatok klinowych przez zdrową zatokę szczękową. Nr. 12: Sersiron: Sanatoryum ludowe w Hauteville.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 6: Funke: Przyczynek do całkowitej ekstyrpacyi raków i mięsaków w jamie brzusznej, z uwzględnieniem trwałości wyników. Wilms: Jak działa antytoksyna przeciwtężcowa w tężcu u ludzi? Berndt: Zapalenie okątnicze (*epityphlitis*) i obecny stan jego leczenia. Kromayer: Leczenie wyprysku. Rumpel: Metoda oznaczania punktu zamarzania wogóle z szczególnem uwzględnieniem punktu zamarzania krwi w durze. Witthauer: Gorączka przepuszczająca, jako objaw guza w śródpiersiu. Model: Szkice lekarskie i botaniczne. Reismann: Uproszczona podpora dla macicy, względnie pochwy. Wilde: Uwagi nad artykułem prof. Paula: »O użyciu piasku do prędkiego filtrowania pożywki agarowej.«

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 6: Blum: Schorzenia bł. śluzowej nosa, jako choroba zawodu tokarskiego. Lukac's: Obustronne porażenie twarzowe na tle histerycznem. Pendl: Ciała obce w męzkim pęcherzu moczowym. Urbantschitsch: Zapobieganie zapoceniu się zwierciadła przy badaniu jamy nosowo-polykowej.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 6: Meyer: Bakteryologia ostrego zapalenia gośćcowego stawów. Uhlenhuth: Metoda do rozróżniania rozmaitych gatunków krwi, osobliwie przy różniczkowem rozpoznawaniu krwi ludzkiej. Wiesinger: Przypadek skręcenia żołądka z zupełnem zamknięciem wpustu i odźwiernika z następową ostrą martwicą. Wyzdrowienie. Rotschild: Przyczynek do patologii i terapii zbliznowaciałego skurczenia pęcherza moczowego. Adler: Przyczynek do zrozumienia niektórych objawów gośćcowych. Strebel: Bakteryobójcze działanie światła iskry elektrycznej o wysokiem napięciu, oraz nowa ulepszona metoda wyzyskania bakteryobójczej siły światła łukowego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 6: Behring i Kitashima: O zmniejszeniu lub wzmożeniu odziedziczonej wrażliwości na trucizny. Erlenmeyer: Znaczenie pracy dla leczenia chorób nerwowych w zakładach. Neumann: Przyrząd Tallermana. Zimmermann: Doświadczenia z przyrządem Tallermanna. Blumberg: Spostrzeżenia nad leczeniem gorączki połogowej surowicą Marmorka (dok.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 20-go lutego, o godz. 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie zwyczajne, na którem 1) kol. Gliński demonstrować będzie preparaty z zakresu anatomii-patologicznej; 2) kol. prof. Kostanecki przedstawi i omówi przypadek przepukliny udowej prawej i przepukliny pachwinowej skośnej lewej u mężczyzny 50-letniego; 3) p. inżynier Ingarden będzie mieć wykład: O wodociągu krakowskim.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.